

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Hoitotyön koulutusohjelma

Saara Hartikainen

Potilasturvallisuus perioperatiivisessa hoitotyössä -systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö 2012

Tiivistelmä

Saara Hartikainen

Potilasturvallisuus perioperatiivisessa hoitotyössä -systemaattinen kirjallisuuskatsaus, 39 sivua, 4 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu, Lappeenranta

Sosiaali- ja terveysala, hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö 2012

Ohjaaja: yliopettaja Päivi Löfman, Saimaan ammattikorkeakoulu

Tässä opinnäytetyössä tavoitteena oli selvittää, mitä on potilasturvallisuus perioperatiivisessa hoitotyössä. Huomioon otettiin sekä potilaan fyysinen että psyykinen turvallisuus. Potilasturvallisuutta tarkasteltiin pre-, intra-, ja postoperatiivisen hoitotyön vaiheissa. Tässä opinnäytetyössä postoperatiivisen turvallisuuden tarkastelu päättyi heräämään.

Opinnäytetyö toteutettiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Lähdeaineiston keruu suoritettiin maaliskuussa 2012 käyttäen Saimaan ammattikorkeakoulun Nelli-tiedonhakuportaalia. Tietokannoiksi täsmennettiin Arto, Aleks ja Linda sekä englanninkielinen Science Direct. Lähdeaineisto muodostui yhteensä yhdeksästä hakutuloksesta, jotka ovat ilmestyneet aikavälillä 2007 - 2012. Lähdeaineiston joukossa oli artikkelien lisäksi kaksi Pro gradu -tutkielmaa.

Lähdeaineisto analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä menetelmällä. Analyysistä saadut yläluokat muodostivat opinnäytetyön tulokset. Saatujen tulosten mukaan perioperatiivisen hoitotyön potilasturvallisuus sisältää WHO:n tarkistuslistan käytön, potilaan huolellisen monitoroinnin, hyvän leikkausaseen turvaamisen, aseptisen toiminnan leikkausosastolla, instrumenttien huolellisen käsittelyn, turvallisen lääkehoidon, huolellisen kirjaamisen, tiimityöskentelyn ja PONV-riskipistemittarin käytön.

Potilasturvallisuus on laaja ja monipuolinen käsite, joka muodostuu useasta eri tekijästä. Tämä näkyy myös opinnäytetyön tuloksista. Potilasturvallisen perioperatiivisen hoidon toteuttaminen vaatii sairaanhoitajalta teknologista osaamista, tarkkuutta ja huolellisuutta, riskien ennakointia, pettämätöntä aseptista omatuntoa ja tiimityöskentelytaitoja. Lisäksi sairaanhoitajan vastuu omasta ammattitaidostaan ja tieto-aidon ylläpitämisestä korostuvat perioperatiivisessa hoitotyössä.

Opinnäytetyön tutkimustulokset auttavat syventämään tietoa potilasturvallisesta perioperatiivisesta hoitotyöstä ja ovat hyödyllisiä sovellettuna käytännön työelämään. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla saatujen tulosten yleistämiseksi jatkotutkimusaihe voitaisiin toteuttaa käytännön työelämässä, jossa selvitettäisiin potilasturvallisen perioperatiivisen hoidon toteutumista esimerkiksi haastattelemalla tai havainnoimalla perioperatiivisen hoitotyön ammattilaisia.

Asiasanat: potilasturvallisuus, perioperatiivinen hoitotyö, leikkausosasto, systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Abstract

Saara Hartikainen

Patient safety in perioperative nursing -a systematic literature, 39 pages, 4 appendices

Saimaa University of Applied Sciences

Health Care and Social Services, Lappeenranta

Bachelor's Thesis 2012

Instructor: Principal Lecturer Dr. Päivi Löfman

The purpose of this Thesis was to do research on patient safety in perioperative nursing. The patient's physical and psychological safety was taken into consideration. The patient safety was examined in pre-, intra-, and postoperative nursing. In this Thesis the safety of postoperative nursing ends in the recovery room.

This Thesis was carried out as a systematic literature. The source data were searched in March 2012 via Saimaa University of Applied Sciences' "Nelli"-information portal. Finnish "Arto", "Aleksi", "Linda" and English Science Direct specified databases. The final source data consisted of a total of nine search results. Source data has been published in 2007 – 2012. In addition to articles there were also two Master's thesis in the source data.

Source data was analyzed using the inductive content analysis. The analysis from the upper classes formed the results of the Thesis. According to the results patient safety includes use of the WHO checklist, the careful monitoring of the patient, proper positioning in surgery, aseptic operation of the surgical personnel, careful handling of surgical instruments, safe medication, careful registration, teamwork and use of PONV-meter.

Patient safety is a diverse and wide term which consists of a number of factors. This is reflected in the results of the Thesis. In order to implement patient safety in perioperative nursing nurses must have the technological information, precision and diligence, aseptic conscience and teamwork skills. In addition, a nurse is responsible for their own professional skills and know-how in perioperative nursing.

The results of the Thesis help to deepen the information about the patient safety in perioperative nursing and they are useful in practical work. In order to generalize the results of this systematic literature review a further study of the subject could be carried out in practical work, showing the implementation of patient safety in perioperative nursing for example by interviewing or observing the perioperative nursing professionals.

Keywords: patient safety, perioperative nursing, surgery department, systematic literature

Sisältö

1 Johdanto	5
2 Potilasturvallisuus	7
2.1 Potilasturvallisuuden määritelmä	7
2.2 Vaara- ja haittatapahtuma	7
2.3 Fyysinen turvallisuus	8
2.4 Psyykkinen turvallisuus	8
2.5 Hoitotyöntekijät potilasturvallisuuden edistäjinä	9
2.6 Potilasturvallisuus perioperatiivisessa hoitotyössä	10
3 Perioperatiivinen hoitotyö	12
3.1 Perioperatiivisen hoitotyön määritelmä	12
3.2. Preoperatiivinen hoitotyö	12
3.3 Intraoperatiivinen hoitotyö	13
3.4 Postoperatiivinen hoitotyö	13
3.5 Leikkausosastolla toteutettava hoitotyö	14
3.6 Leikkausosasto perioperatiivisena hoitoympäristönä	15
3.7 Leikkausosaston henkilöstörakenne	16
3.7.1 Anestesiahoitajan työnkuva	16
3.7.2 Instrumentoitu sairaanhoitajan työnkuva	17
3.7.3 Valvovan sairaanhoitajan työnkuva	18
4 Opinnäytetyön tavoitteet	18
5 Opinnäytetyön toteutus	19
5.1 Tutkimusmenetelmänä systemaattinen kirjallisuuskatsaus	19
5.2 Aiheen rajaaminen	20
5.3 Lähdeaineiston kerääminen	21
5.4 Induktiivinen sisällön analyysi	23
6 Tulokset	24
6.1 WHO:n tarkistuslista	24
6.2 Potilaan huolellinen monitorointi	25
6.3 Hyvän leikkausasennon turvaaminen	26
6.4 Aseptinen toiminta leikkausosastolla	26
6.5 Huolellisuus instrumenttien käsittelyssä	27
6.6 Turvallinen lääkehoito	28
6.7 Huolellinen kirjaaminen	28
6.8 Tiimityöskentely	29
6.9 PONV-riskipistemittarin käyttö	30
7 Pohdinta	31
7.1 Tulosten tarkastelua	31
7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	34
7.3 Oman oppimisen tarkastelua	35
7.4 Jatkotutkimusaiheet	36
Lähteet	37
Liitteet	
Liite 1 Analysoitu lähdeaineisto	
Liite 2 Opinnäytetyön sisällönanalyysi	
Liite 3 Tarkistuslista suomenkielisenä	
Liite 4 PONV-riskipistemittari	

1 Johdanto

Potilasturvallisuus on laadun perusta terveyden- ja sairaanhoidossa. Kaikki toiminta, joka edistää potilaan turvallista hoitoa, kuuluu potilasturvallisuuteen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.) Terveysturvallisuuslaki velvoittaa, että terveydenhuollon toiminnan on oltava asianmukaisesti toteutettua, laadukasta ja turvallista. Myös muut lait, kuten esimerkiksi laki potilaan asemasta ja oikeuksista sekä laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä puhuvat potilaan turvallisen hoidon puolesta. (Helovuori, Kinnunen, Peltomäki & Pennanen 2001, 38 – 40.)

Perioperatiivinen hoitotyö tarkoittaa sairaanhoitajan tekemää leikkaus- tai toimenpidetapahtuman hoitotyötä leikkaus- ja anestesiaosastolla. Perioperatiivinen hoito jaetaan pre-, intra- ja postoperatiiviseen hoitotyön vaiheeseen. (Kinnunen, Korte & Lukkari 2007, 11.) Turvallisuus on yksi perioperatiivisen hoitotyön periaatteista, joita ovat myös hoidon jatkuvuus, potilaskeskeisyys, yksilöllisyys ja kokonaisvaltaisuus (Panellius & Varisto 1990, 9; Kinnunen ym. 2007, 15 - 18).

Maailmassa tehdään yli 200 miljoonaa leikkausta vuoden aikana. Joka vuosi noin miljoona ihmistä kuolee 30 päivän sisällä leikkauksesta kirurgisiin toimenpiteisiin liittyviin komplikaatioihin. Kirurgisen hoidon komplikaatioita tapahtuu terveydenhuollon järjestelmän kehitystasosta riippumatta. Haittatapahtumat ovat usein ehkäistävissä, mutta se vaatii muutoksia sekä yksilöllisessä käytäytymisessä että järjestelmässä. Haittatapahtuman taustalla on usein inhimillinen tekijä, kuten esimerkiksi ongelma tiedonkulussa. (Kangasmäki 2010, 11 - 12.)

Haittatapahtumien ehkäisemiseksi perioperatiivisen hoitohenkilöstön tulee huolehtia potilaan turvallisuudesta. Kehittyneillä hoitomenetelmillä, perioperatiivisen sairaanhoitajan korkeatasoisella osaamisella ja terveysteknologialla pyritään välttämään turvallisuusriskeiltä perioperatiivisessa hoidossa. Fyysisen turvallisuuden takaamiseksi perioperatiivisen sairaanhoitajan tulee osata käyttää hoitoon liittyviä laitteita ja tarvittaessa pyytää käyttöön ohjausta. Potilasta ei saa myöskään jättää missään hoidon vaiheessa yksin. Potilaan kunnioittaminen,

hyvä tiedonanto ja potilaan mielipiteiden huomioiminen luovat tunnetta psyykkisestä turvallisuudesta. (Kinnunen ym. 2007, 17.)

Potilasturvallisuuskysymykset ovat nousseet myös julkisesti merkittäviksi, sillä potilasturvallisuutta pidetään kansainvälisenä kehityskohteena. Erilaiset haittatapahtumat kuten virheet, vahingot ja erehdykset ovat inhimillisiä hoitotyössä. Kuitenkin vuosittain haittatapahtumat aiheuttavat Suomessa useita kuolemantapauksia ja yksi sadasta sairaalapotilaasta saa vakavan terveystahon. Potilasturvallisuudesta johtuvat ongelmat aiheuttavat mittavia haittoja ja kustannuksia sekä terveydenhuollolle että yhteiskunnalle. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos THL on laatinut vuosiksi 2011 - 2015 ”Potilasturvallisuutta taidolla” -ohjelman, jossa pitkän tähtäimen päämääränä on hoidon aiheuttaminen haittojen ja kuolemien puolittuminen vuoteen 2020 mennessä. (Terveys ja hyvinvoinnin laitos 2011b.)

Tämä opinnäytetyö tarkastelee sairaanhoitajan näkökulmasta, mitä on potilasturvallisuus perioperatiivisessa hoitotyössä. Potilasturvallisuutta tarkastellaan pre-, intra- ja postoperatiivisessa vaiheessa. Tässä opinnäytetyössä postoperatiivisen potilasturvallisuuden tarkastelu päättyy heräämööseen. Hoitajilla tässä opinnäytetyössä tarkoitetaan anestesia- ja leikkausosastolla työskenteleviä anestesia-, instrumentti- ja valvovasairaanhoitajia. Turvallisuuden tarkastelussa otetaan huomioon sekä fyysinen että psyykinen turvallisuus. Sosiaalinen turvallisuus ei niin merkittävästi korostu perioperatiivisessa hoitotyössä, joten sitä ei tässä opinnäytetyössä tarkastella. Tutkimusmenetelmänä käytetään systemaattista kirjallisuuskatsausta, jonka tarkoituksena on koota yhteen tutkittua tietoa eri tietolähteistä.

Perioperatiivisen hoitotyön käytännönharjoittelu jää sairaanhoitajakoulutuksessa suhteellisen vähäiseksi, joten haluan opinnäytetyön avulla kartuttaa ja syventää osaamistani perioperatiivisen hoitotyön alueella. Kuten myös Sosiaali- ja terveysministeriön potilasturvallisuusstrategiassa vuosiksi 2009 – 2013 mainitaan, jokaisella terveydenhuollon ammattilaisella on vastuu omasta osaamisestaan. Opinnäytetyön avulla haluan tuoda esiin potilasturvallisuuden tärkeyttä ja omaa halua toteuttaa potilasturvallista hoitotyötä tulevassa työelämässä. Myös amma-

tillinen kehittymiseni lisääntyy, kun tietämys potilasturvallisuudesta perioperatiivisessa hoitotyössä laajenee. Tulevaa työelämää ajatellen opinnäytetyö antaa hyvän mahdollisuuden soveltaa ja hyödyntää teoriassa opittuja tietoja perioperatiivisessa hoitotyössä.

2 Potilasturvallisuus

2.1 Potilasturvallisuuden määritelmä

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL määrittelee potilasturvallisuuden toiminoiksi ja periaatteiksi, joita terveydenhuollon organisaatiot ja toimintayksiköt toteuttavat turvallisen hoidon varmistamiseksi. Myös Sosiaali- ja terveysministeriö STM määrittelee potilasturvallisuuden periaatteiksi ja toiminnoiksi, joiden päämääränä on estää potilasta vahingoittumasta hoidon aikana.

Potilasturvallisuus kattaa sairauksien ehkäisyn, laiteturvallisuuden, hoidon turvallisuuden, lääkitysturvallisuuden, sekä se on osa laadukasta hoitoa. Riskien arviointi, hoitohenkilöstön ammattitaito, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä toiminnan jatkuva kehittäminen ovat potilasturvallisuuteen kuuluvia tekijöitä. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2011a, 20; Helovuola ym. 2011, 13.)

2.2 Vaara- ja hättätapahtuma

Vaaratapahtumat ovat tilanteita, joissa potilasturvallisuus vaarantuu. Tilanne luokitellaan vaaratapahtumaksi, vaikka potilaalle ei aiheutuisikaan siitä haittaa. Vaaratapahtumasta aiheutuneet vaikutukset eivät välttämättä ulotu potilaaseen, mutta tilanteessa oli haitan mahdollisuus. Tällöin voidaan puhua myös läheltä piti -tilanteesta. (Helovuola ym. 2011, 16 - 19.)

Jos tapahtuma on vaikuttanut potilaaseen, se määritellään hättätapahtumaksi. Hättätapahtumalla tarkoitetaan vammaa, joka on aiheutunut lääketieteellisen hoidon aikana. Hättätapahtuma voi johtaa potilaan pitkittyneeseen sairaalahoittoon, uusiin toimenpiteisiin, pysyvään haittaan tai menehtymiseen. (Helovuola ym. 2011, 16 - 19.)

2.3 Fyysinen turvallisuus

Fyysinen turvallisuus kuvataan lyhyesti ympäristönä, joka ei aiheuta potilaalle vaaraa hoidon aikana. Tämä tarkoittaa sitä, että hoitotoimenpiteet, esimerkiksi erilaiset puudutukset ja katetroinnit suunnitellaan ja toteutetaan huolellisesti. On myös tärkeää, että hoidon aikana käytettävät välineet ja laitteet toimivat virheettömästi. (Anttila, Kaila–Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2005, 84 – 85.)

Ympäristön turvallisuuteen kuuluvat työtilojen toimivat rakenteet, järjestelyt ja muut työympäristön piirteet, jotka joko edistävät tai uhkaavat potilaan turvallista hoitoa. Esimerkiksi työtilojen ahtaus, epäjärjestys, heikko valaistus tai puutteelliset varoitusmerkinnät voivat myötävaikuttaa haittatapahtuman syntyyn. (Helovuom. 2011, 67.)

Hoidon aikana käytettävien laitteiden tulee olla sekä turvallisia että toimintakuntoisia. Käytettävän laitteen tulee olla työntekijälle helppokäyttöinen ja työntekijöiden tulee saada perehdytystä uusien laitteiden käytölle. Käyttäjystävälliset laitteet luovat toimintaympäristöä sujuvammaksi, mikä edistää potilaan turvallista hoitoa. (Helovuom. 2011, 68 – 72.)

Turvallinen ja oikein toteutettu lääkehoito on tärkeä osa potilaan fyysistä turvallisuutta (Anttila ym. 2005, 85). Jokaisessa toimintayksikössä tulee olla ajan tasalla oleva lääkehoitosuunnitelma, joka tarjoaa käytännöllisen työvälineen lääkehoidon suunnitelmalliselle hallinnalle ja kehittämiselle. Lääkehoitosuunnitelman osa-alueita ovat esimerkiksi hoitohenkilöstön vastuu ja velvollisuudet, lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi, potilaan informointi sekä lääkehoidon osaaamisen varmistaminen ja ylläpitäminen. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011a, 20). Turvallisen lääkehoidon toteuttamisessa tietoa tarvitaan lääkkeiden antotavoista, oikeasta säilytyksestä, käytön indikaatioista, sivuvaikutuksista sekä lääkkeiden haitallisista yhteisvaikutuksista (Anttila ym. 2005, 110).

2.4 Psyykkinen turvallisuus

Psyykkinen turvallisuus kuvaa potilaan kokemaa turvallisuudentunnetta, joka perustuu itseen ja toisiin kohdistuvaan luottamukseen. Turvallisuudentunnetta vahvistavat myönteiset elämäkokemukset ja onnistumiset. Psyykkistä turvalli-

suutta voivat heikentää esimerkiksi kipu sekä hoitotoimenpiteisiin ja tutkimuksiin liittyvä pelko ja tiedonpuute. (Anttila ym. 2005, 84 – 85.)

Potilaan tulee saada riittävästi tietoa hoidostaan ja siihen liittyvistä seikoista, jotta turvallisuudentunne voi kehittyä. Myös myötätunto ja empatian osoittaminen auttavat potilaan turvallisuudentunteen kehittymisessä. Empaattinen sairaanhoitaja toimii suvaitsevaisesti ja tasapainoisesti sekä hänellä on selkeä ammatti-identiteetti. Sairaanhoitajan tulee pystyä ymmärtämään potilaan kokemuksia ja huolenaiheita. Turvallisuudentunnetta vahvistavat sairaanhoitajan avoimuus ja kiinnostus potilasta kohtaan. (Panelius & Varisto 1990, 24.)

Fyysinen ja psyykkinen turvallisuus liittyvät tiiviisti toisiinsa, sillä fyysisen turvallisuuden perustana ovat esimerkiksi potilaan luottamus saamaansa hoitoa kohtaan sekä itsemääräämisoikeuden toteutuminen hoidon aikana. (Anttila ym. 2005, 84 – 85.)

2.5 Hoitotyöntekijät potilasturvallisuuden edistäjinä

Jokaisella sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevällä hoitotyön ammattilaisella on vastuu hoidon laadusta ja turvallisuudesta. Jokaisen hoitotyöntekijän tulisi pyrkiä virheettömään toimintaan työskentelyssään. Vaaratapahtumien ehkäisy pohjautuu ennakoivaan ajattelutapaan, jonka päämääränä on tunnistaa riskit ja kyetä hallitsemaan niitä. (Helovuori ym. 2011, 21).

Turvallisen toiminnan lähtökohtana on, että hoitotyöntekijällä on riittävät edellytykset suoriutua työtehtävistään mahdollisimman hyvin. Stressin ja työkuorman hallinta, riittävä vireystila sekä työn tauottaminen väsymyksen välttämiseksi ovat edellytyksiä työtehtävistä suoriutumiselle. (Helovuori ym. 2011, 76 – 81.)

Toiminnan tulee olla tarkkaa ja huolellista. Aktiivinen tiedonkulku ja kommunikointi työntekijöiden välillä auttavat ehkäisemään unohduksia ja väärinkäsityksiä. Myös työntekijöiden selvä keskinäinen työnjako auttaa varmistamaan, että työtehtävät tulevat asianmukaisesti ja ajallaan hoidetuiksi. (Helovuori ym. 2011, 76 – 81.)

Perusteellinen ja huolellinen kirjaaminen luovat pohjaa potilasturvallisuuden hallinnalle ja mutkattomalle tiedonkululle (Helovuori ym. 2011, 72). Huolellinen kirjaaminen toimii myös hoitotyöntekijöiden oikeusturvana (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska 2006, 48).

Hoitohenkilökunnan käsihygienialla on keskeinen merkitys sairaalainfektioiden ehkäisyssä ja niiden leviämisessä. Sairaalainfektiot, esimerkiksi leikkaushaavainfektiot ovat uhkana potilaiden turvallisen hoidolle. Huolellisella ja oikeaoppisella käsidesinfektiolla voidaan ehkäistä mikrobien leviämisen potilaskontaktien välillä. Suojainten oikea käyttö ehkäisee infektioiden leviämisen hoitohenkilökunnan välityksellä ja suojaa potilasta tartunnoilta. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012.)

2.6 Potilasturvallisuus perioperatiivisessa hoitotyössä

Potilasturvallisuus pyritään turvaamaan jokaisessa perioperatiivisen hoidon vaiheessa. Preoperatiivisen hoidon aikana tehtävän potilastietojen keruun ja terveydentilan selvityksen tarkoituksena on tunnistaa riskitekijöitä, jotka voivat vaarantaa potilaan terveyttä ja turvallisuutta perioperatiivisen hoidon aikana. Mahdollisia terveysesteitä ja voimavaroja kartoitetaan arvioimalla potilaan leikkauksesta selviytymistä. (Panelius & Varisto 1990, 67; Kinnunen ym. 2007, 132.)

Potilasturvallisuuden kannalta on erittäin tärkeää, että tietojen keruu suoritetaan perusteellisesti ja huolellisesti. Tietoa kerätään asiakirjojen lisäksi keskustelemalla sekä potilaan että muun hoitohenkilökunnan kanssa, havainnoimalla potilasta preoperatiivisen käynnin aikana ja suorittamalla preoperatiivisia tutkimuksia, jotka painottuvat sydämen, keuhkojen ja munuaisten toimintaan. (Panelius & Varisto 1990, 67; Kinnunen ym. 2007, 132.)

Potilaan ohjaus leikkausvalmisteluissa ja toipumiseen vaikuttavista tekijöistä preoperatiivisen käynnin aikana edesauttavat potilasturvallisuutta. On tärkeää antaa potilaalle sekä suullisia että kirjallisia ohjeita laskimotukosten ehkäisystä ja terveydentilan parantamisesta ennen leikkausta. (Kinnunen ym. 2007, 133.)

Ennen potilaan saapumista leikkaussaliin on suoritettava monia valmisteluja, joiden tarkoituksena on varmistaa potilaalle turvallinen, hygieeninen ja toimiva

hoitoympäristö. Leikkaussali ja anestesiavälineistö kunnostetaan toimenpiteen mukaisesti ja tarvittavat välineet ja laitteisto tarkistetaan toimiviksi. Leikkaussaliin varattavia välineitä ovat esimerkiksi leikkausasentoon liittyvät apuvälineet, leikkausalueen desinfektiovälineet, leikkauksen mukaiset steriilit instrumentit, haavasidokset ja tarvittaessa näytteenotto- ja kipsausvälineet. (Panelius & Varisto 1990, 76; Kinnunen ym. 2007, 136, 180.)

Kun potilas saapuu leikkausosastolle, on turvallisuuden kannalta tärkeää, että vastaanottava sairaanhoitaja saa riittävät tiedot potilaasta ja hänen terveydentilastaan. Henkilöllisyyden varmistamisessa potilas itse kertoo nimensä ja syntymäaikansa. On tärkeä varmistaa, että potilasasiakirjat ja potilaan kädessä oleva henkilötietoranneke vastaavat toisiaan. Vastaanottotilanteen tulee olla rauhallinen ja ystävällinen, mikä edistää potilaan turvallisuudentunteen kehittymistä. Rauhallinen vastaanottotilanne takaa myös varmemmin potilaan tietosuojan säilymisen. (Panelius & Varisto 1990, 80; Kinnunen ym. 2007, 235.)

Potilaan siirtyessä sängystä leikkaustasolle siirtoa tulee olla turvallisuussyistä varmistamassa useita hoitajia. Potilasta ei myöskään missään vaiheessa jätetä valvomatta leikkaustasolle. Potilaan fyysinen tila tarkistetaan aina ennen anestesian aloittamista ja häneen kiinnitetään erilaisia tarkkailulaitteita. (Panelius & Varisto 1990, 83; Kinnunen ym. 2007, 241.)

Leikkauksen aikana leikkausryhmä toimii yhdessä anestesiaryhmän kanssa niin, ettei potilaan turvallisuus vaarannu. Anestesian aikainen hoito edellyttää jatkuvaa potilaan tilan tarkkailua, koska anestesian aikana potilas on alttiimpi komplikaatioille. On tärkeää ennakoida riskejä ja havaita varhaisessa vaiheessa elintoimintojen poikkeavat muutokset, jotta voidaan välttyä leikkauksen aikaisilta komplikaatioiden ilmaantumiselta. (Panelius & Varisto 1990, 94.)

Leikkaussalissa aseptinen työskentely on perustana infektioiden torjunnalle. Jokainen leikkausryhmän jäsen, erityisesti instrumentoiva sairaanhoitaja tarkkailee aseptiikan säilymistä leikkauksen aikana postoperatiivisten infektioiden ehkäisemiseksi. Aseptiikan toteutuminen pohjautuu hyvään henkilökohtaiseen hygieniaan, suojavaatetuksen ja erilaisien suojainten oikeaoppiseen käyttöön,

aseptisten työtapojen noudattamiseen sekä huolelliseen käsihygieniaan. (Kinnunen ym. 2007, 87.)

Potilasta liikutellaan leikkauksen aikana hellästi, mutta tukevasti. Potilaan hyvä asento tulee leikkauksen aikana varmistaa, sillä virheasento voi aiheuttaa potilaalle kipua ja tuntopuutoksia leikkauksen jälkeen. Leikkauksen aikana tulee huolehtia myös painehaavojen ehkäisystä. Painehaava-alttiille alueille tulee varata riittävä ja tasainen pehmustus. Pitkäkestoisissa leikkauksissa potilaan asentoa tulisi liikutella kahden tunnin välein niiltä alueilta, joilla se on leikkauksen aikana mahdollista. (Kinnunen ym. 2007, 87, 280, 333.)

Kun leikkaus on päättynyt ja potilas siirtyy heräämööseen, hoidon jatkuvuus ja potilaan turvallisuus taataan hyvällä raportoinnilla ja kirjallisella tiedottamisella. Heräämön sairaanhoitaja seuraa potilaan elintärkeitä toimintoja, kipua sekä eritemääriä. Mahdollisiin komplikaatioihin tulee osata varautua. Heräämön hoitaja yrittää saada mahdollisimman pian kontaktin potilaaseen. Potilaan turvallisuudentunnetta vahvistaa tietämys siitä, että henkilökunta on jatkuvasti hänen lähellänsä ja apua on nopeasti saatavilla. (Panelius & Varisto 1990, 94, 106.)

3 Perioperatiivinen hoitotyö

3.1 Perioperatiivisen hoitotyön määritelmä

Sana "peri" on kreikkaa ja tarkoittaa ympäri, näin ollen perioperatiivinen hoito tarkoittaa kokonaisuutta potilaan leikkaushoidossa, johon sisältyy toiminnallisesti ja ajallisesti kolme eri vaihetta (Kneedler & Dodge 1983, 11). Perioperatiivisen hoitotyön vaiheet ovat preoperatiivinen eli leikkausta edeltävä vaihe, intraoperatiivinen eli leikkauksenaikainen vaihe ja postoperatiivinen eli leikkauksen jälkeinen vaihe (Kinnunen ym. 2007, 11).

3.2. Preoperatiivinen hoitotyö

Preoperatiivinen hoitotyö alkaa, kun potilaan leikkauspäätös on tehty, ja päättyy potilaan vastaanottotilanteeseen leikkausosastolla. Tämä vaihe merkitsee poti-

laalle valmistautumista leikkaukseen sairaalasta saatujen ohjeiden mukaisesti. (Panelius & Varisto 1990, 10 – 11; Kinnunen ym. 2007, 20.)

Hoitohenkilöstön keskeisiä tehtäviä tässä vaiheessa ovat potilastietojen keruu, potilaan tilan arviointi, leikkausta edeltävien tutkimusten toteuttaminen, hoidon suunnittelu, potilaan tapaaminen ennen leikkausta sekä potilaan ohjaaminen leikkaukseen liittyvissä asioissa. Tämä vaihe sisältää myös leikkausosastolla hoitoympäristön valmistelun, joka toteutetaan yksilöllisesti potilastietoihin perustuen. Anestesia- ja leikkauksvälineistö varataan valmiiksi ennen potilaan saapumista leikkausosastolle. (Kinnunen ym. 2007, 20.)

3.3 Intraoperatiivinen hoitotyö

Intraoperatiivisen hoitotyön vaihe alkaa, kun potilas on vastaanotettu leikkausosastolle. Tämä vaihe päättyy kun potilas siirtyy leikkauksen jälkeiseen valvontayksikköön. Intraoperatiivisessa vaiheessa suoritetaan potilaan tarvitsema kirurginen hoito ja suoritetaan yksilöllisesti suunniteltu toimenpiteen vaatima anestesia- ja leikkauksvälineistö. (Panelius & Varisto 1990, 12; Kinnunen ym. 2007, 20.)

Keskeisiä hoitotyön tehtäviä tässä vaiheessa on aseptisten olosuhteiden luominen ja säilyttäminen, turvallisen leikkauksasennon löytäminen, potilaan voinnin ja elintoimintojen jatkuva arviointi, anestesiaan ja leikkaukseen liittyvien hoitomenetelmien hallinta ja koko toimenpiteen ajan täsmällinen ja järjestelmällinen kirjaaminen. (Kinnunen ym. 2007, 20.)

3.4 Postoperatiivinen hoitotyö

Postoperatiivinen hoitotyö alkaa, kun potilaan kirurginen hoito on toteutettu ja hän siirtyy valvontayksikköön, joka on yleensä heräämö. Potilas voi siirtyä joissain tapauksissa myös suoraan teho-osastolle. Postoperatiivinen vaihe päättyy, kun potilas ei enää tarvitse toimenpiteeseen liittyvää hoitoa. Perioperatiivisen hoitotyön näkökulmasta postoperatiivinen toiminta päättyy, kun potilas siirtyy heräämästä jatkohoitoyksikköön. (Kinnunen ym. 2007, 21 – 22.)

Keskeisiä tehtäviä heräämössä on seurata ja tarkkailla intensiivisesti potilaan elintoimintoja ja toipumista leikkauksesta ja anestesiasta. Tavoitteena on elin-

toimintojen vakiintuminen niin, että potilas voidaan siirtää vuodeosastolle tai muuhun jatkohoitoyksikköön kuntoutumaan. Postoperatiivisessa vaiheessa korostuu potilaan voinnin arviointi ja muutoksien vertaaminen pre- ja intraoperatiiviseen tilaan. (Kinnunen ym. 2007, 22.)

3.5 Leikkausosastolla toteutettava hoitotyö

Leikkausosastolla suoritetaan erilaisia kirurgisia toimenpiteitä kuten leikkauksia, tähyystyksiä, punktioita ja kipsauksia (Panelius & Varisto 1990, 30). Leikkausosastolla toteutettavaa hoitotyötä kuvastavat täsmällisyys, tehokkuus ja tarkasti määritellyt toimintatavat, kuten esimerkiksi aseptinen työskentely potilasturvallisuuden takaamiseksi. Osa leikkausosastolla toteutettavista toimenpiteistä tapahtuu päivystysluonteisesti. (Kinnunen ym. 2007, 61.)

Esimerkiksi Etelä-Karjalan keskussairaalan anestesia- ja leikkausosaston erikoisalajat ovat ortopedia ja traumatologia, käsikirurgia, neurokirurgia, gynekologia, korva-, nenä-, ja kurkkutaudit, gastroenterologia, urologia, thorax- ja verisuonikirurgia, plastiikkakirurgia, suu- ja leukakirurgia, yleiskirurgia ja anestesiologia (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus).

Anestesiahenkilökunta voi toimia myös leikkausosaston ulkopuolella, toteuttaen anestesiapalveluita sairaalan muille yksiköille. Hoitotyön lisäksi leikkaus- ja anestesiaosaston henkilökunta ohjaa eritasoisia sairaanhoidon- ja lääketieteen opiskelijoita. (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus.)

Leikkausosastolla toteutettava hoitotyö on moniammatillista tiimityötä, joka tarkoittaa eri henkilöstöryhmien välistä tiivistä yhteistyötä onnistuneen hoitotyön tuloksen saavuttamiseksi. Perioperatiivisessa hoidossa onnistunut tiimityö edellyttää työntekijöiltä hyvää ammattitaitoa, kykyä priorisoida työtehtäviä ja yhteistyöhalua. Tiimityö näkyy perioperatiivisessa hoidossa esimerkiksi leikkaushoidon suorittamisessa ja siihen liittyvän anestesian toteuttamisessa. (Kinnunen ym. 2007, 48.)

3.6 Leikkausosasto perioperatiivisena hoitoympäristönä

Leikkausosastolla tarkoitetaan sekä anestesia- että leikkausosastoa, joka on sairaalan mukaan hallinnollisesti joko itsenäinen tai yhdistetty osasto. Leikkausosasto edustaa sairaalassa pitkälle erikoistunutta toimintayksikköä, ja se kuuluu sairaalaan kalleimpiin yksiköihin. (Panelius & Varisto 1990, 30; Kinnunen ym. 2007, 61.)

Leikkausosasto on suljettu yksikkö, joka muodostaa eristetyn kokonaisuuden aseptisista syistä. Leikkausosasto luokitellaan sairaalan puhtaimpiin tiloihin, ja se on jaettu puhtausvyöhykkeisiin. Tämä tarkoittaa, että mitä lähemmäksi leikkausalueita tullaan, sitä korkeammat ovat hygieeniset vaatimukset. Esimerkiksi leikkaussalissa tulee aina käyttää hiussuojusta. (Panelius & Varisto 1990, 30 - 32.)

Leikkausosastolla on useampia leikkaussaleja, joiden lukumäärä vaihtelee eri sairaaloissa. Lisäksi leikkausosastolla on heräämö, steriilit varastot leikkausvälineille, välinehuolto- ja huuhteluhuone, siivoustiloja ja sosiaalisia tiloja henkilökunnan taukoja varten. (Panelius & Varisto 1990, 31.)

Päästäkseen leikkausosastolle joutuvat potilaat, henkilökunta ja hoitotarvikkeet tulemaan sulun läpi. Leikkausosasto on suunniteltu niin, että potilaille, henkilökunnalle ja hoitomateriaaleille on omat sulut sisääntuloa varten. Tällä tavoin voidaan vähentää infektioalttiutta ja estää asiattomien henkilöiden pääsy osastolle. Puhtaat ja likaantuneet materiaalit kuljetetaan leikkausosastolla eri reittejä pitkin. (Panelius & Varisto 1990, 33; Kinnunen ym. 2007, 64.)

Leikkausosaston sijainnilla sairaalarakennuksessa on keskeinen merkitys toiminnan sujuvuuden ja potilasturvallisuuden kannalta. Yhteyksien leikkausosastolta tulisi olla hyvät potilaita hoitaville vuodeosastoille eikä kuljetusmatkojen tulisi olla pitkiä. Leikkausosastolta tulisi olla hyvät yhteydet potilaita hoitaville osastoille. (Kinnunen ym. 2007, 61 – 62.) Leikkausosaston toimintaa tehostaa myös se, että sairaala-apteekin ja laboratorion palvelut olisivat lähellä saatavilla (Panelius & Varisto 1990, 31).

3.7 Leikkausosaston henkilöstörakenne

Anestesia- ja leikkaustoiminta on moniammatillista. Suurimmaksi henkilöstöryhmäksi anestesia- ja leikkausosastolla voidaan nimetä sairaanhoitajat. Sairaanhoitajan työtehtävät leikkausryhmässä voivat keskittyä instrumentoivaan työhön, anestesiapuolen työhön tai valvovaan työhön. Muita henkilöstöryhmiä ovat lääkärit, lääkintävahtimestarit, osastonsihteerit, välinehuoltajat, laitoshuoltajat ja alan opiskelijat. (Kinnunen ym. 2007, 45 – 47.)

3.7.1 Anestesia- ja sairaanhoitajan työnkuva

Anestesia- ja sairaanhoitaja (anestesiologi) ja anestesia- ja sairaanhoitaja muodostavat perioperatiivisen hoidon aikana työparin, joka suunnittelee, toteuttaa ja ylläpitää potilaalle turvallista anestesiaa. Työnjako anestesia- ja sairaanhoitajan ja anestesia- ja sairaanhoitajan välillä on selvä: anestesia- ja sairaanhoitaja vastaa lääketieteellisesti anestesian annosta ja hoidosta, kun anestesia- ja sairaanhoitajan työ kohdistuu potilaan tarkkailuun ja hoitoon. (Kinnunen ym. 2007, 303.)

Anestesia- ja sairaanhoitaja on vastaanottamassa potilasta leikkausosastolle. Ennen anestesian ja leikkauksen alkamista anestesia- ja sairaanhoitaja valmistelee anestesiassa tarvittavat välineet, laitteet ja lääkkeet käyttökuntoon. Anestesia- ja sairaanhoitaja avustaa anestesia- ja sairaanhoitajaa anestesian antamisessa ja lopetuksessa sekä muissa anestesiaan liittyvissä toimenpiteissä. (Korhonen 1990, 7, Kinnunen ym. 2007, 304.)

Anestesia- ja sairaanhoitajan tehtävä on potilaan hyvinvoinnin kannalta tärkeä, sillä hän valvoo jatkuvasti potilaan elintoimintoja niin anestesiassa kuin heräämössä olon aikana. Hän myös tarkkailee, että käytössä olevat laitteet toimivat oikealla tavalla. Anestesian kulun, mittaustulosten ja havaintojen kirjaaminen kuuluvat anestesia- ja sairaanhoitajan vastuualueisiin. (Korhonen 1990, 7; Kinnunen ym. 2007, 304.)

Anestesia- ja sairaanhoitajan suunnitteleman hoidon ja hoitomääräysten toteuttaminen ovat perustana anestesia- ja sairaanhoitajan toiminnalle. Anestesia- ja sairaanhoitaja ylläpitää suunniteltua anestesiaa itsenäisesti, sillä anestesia- ja sairaanhoitaja ei välttämättä ole koko ajan paikalla leikkauksessa. Siksi onkin tärkeää, että anestesia- ja sairaanhoitaja

raanhoitaja ilmoittaa kaikista tärkeistä havainnoistaan anestesia­lääkärille ja toimii tiiviinä yhteistyöparina hänen kanssaan. (Korhonen 1990,7; Kinnunen ym. 2007, 305.)

3.7.2 Instrumentoivan sairaanhoitajan työnkuva

Instrumentoiva sairaanhoitaja toimii leikkauksen aikana kirurgin avustajana. Instrumentoiva sairaanhoitaja pukeutuu steriiliksi, ja hän valvoo leikkausryhmän, leikkausalueen ja sen ympäristön aseptiikan säilymistä. (Panelius & Varisto 1990, 39; Kinnunen ym. 2007, 334.)

Ennen leikkauksen alkamista instrumentoiva sairaanhoitaja varaa ja tarkistaa leikkauksessa tarvittavan välineistön. Leikkauksen aikana hänen tehtävänä on huolehtia instrumentoinnista. Instrumentoiva sairaanhoitaja ojentaa kirurgille leikkauksessa käytettäviä instrumentteja ja muita tarvittavia välineitä leikkauksen etenemisen mukaisesti. Instrumentoivan sairaanhoitajan tulee osata toimia oikea-aikaisesti ja huolehtia, että käytettävät instrumentit ovat hyvin toimivia ja steriilejä. Hänen tulee myös arvioida lisävälineistön tarve leikkauksen edetessä. (Panelius & Varisto 1990, 39, Kinnunen ym. 2007, 333 – 334.)

Instrumentoiva sairaanhoitaja avustaa kirurgia pitämällä leikkausalueelle hyvää näkyvyyttä. Näkyvyyttä ylläpidetään erilaisin apuvälinein, kohdealuetta kuivamalla, ja tarvittaessa leikkausalueelta imetään pois verta ja eritteitä. (Kinnunen ym. 2007, 333 – 334.)

Leikkauksen aikana instrumentoiva sairaanhoitaja huolehtii, ettei potilaan turvallisuus vaarannu esimerkiksi leikkausasennon muutoksesta tai leikkauksen aikana tehtävistä toimenpiteistä. Hän tiedottaa anestesiaryhmää yhdessä valvovan sairaanhoitajan kanssa hoitoon vaikuttavista seikoista. (Kinnunen ym. 2007, 334.)

Leikkauksen jälkeen instrumentoiva sairaanhoitaja huolehtii leikkau­svälineistön huollosta. Yhdessä valvovan sairaanhoitajan kanssa hän suorittaa leikkau­svälineistön tarkastuslaskennan ja toimittaa potilaasta otetut näytteet eteenpäin. (Panelius & Varisto 1990, 39; Kinnunen ym. 2007, 334.)

3.7.3 Valvovan sairaanhoitajan työnkuva

Valvova sairaanhoitaja vastaa leikkaussalissa toiminnan joustavasta etenemisestä ja sujuvasta yhteistyöstä leikkaus- ja anestesiaryhmän välillä. Hän avustaa tarvittaessa sekä leikkaus- että anestesiaryhmää ja huolehtii tarvittavien lisävälineiden hakemisesta. Valvova sairaanhoitaja varmistaa turvallisen hoitoympäristön ja aseptiikan säilymisen yhdessä instrumentoivan sairaanhoitajan kanssa. (Kinnunen ym. 2007, 348.)

Valvova sairaanhoitaja auttaa tarvittavissa toimenpiteissä, kuten esimerkiksi näytteiden ottamisessa ja kuvantamisessa. Hän myös säätää leikkauksessa käytettävien laitteiden, kuten imun ja diatermian säädöt kirurgin ja muun leikkausryhmän toiveiden mukaan, sekä kohdentaa leikkausvaloa leikattavalle alueelle. Jos potilaan leikkausasentoa joudutaan leikkauksen aikana muuttamaan, valvova sairaanhoitaja huolehtii hyvän ja turvallisen leikkausasennon toteutumisesta yhdessä muun leikkausryhmän kanssa. (Kinnunen ym. 2007, 348.)

Kirjaajana steriilin leikkausryhmän puolesta toimivat valvova sairaanhoitaja ja anestesia-sairanhoitaja. Valvova sairaanhoitaja tiedottaa anestesiaryhmää leikkauksalueella tapahtuvista muutoksista, kuten vuodoista. Valvova sairaanhoitaja vastaa yhdessä muiden perioperatiivisten sairaanhoitajien kanssa opiskelijoiden ohjaamisesta, jossa korostuvat aseptiikka ja potilasturvallinen käyttäytyminen. (Kinnunen ym. 2007, 348 – 349.)

Koko leikkauksen ajan valvova sairaanhoitaja on varautunut äkillisiin hoidontarpeen muutoksiin. Valvovaksi sairaanhoitajaksi tulisi valita varsinkin isoissa leikkauksissa kokenut sairaanhoitaja, jotta hän osaisi toimia äkillisissä tilanteissa nopeasti ja joustavasti. Valvovan sairaanhoitajan kokemus ja päätöksentekokyky korostuvat esimerkiksi päivystysajan leikkauksissa sekä vaativien leikkauksien aikana. (Kinnunen ym. 2007, 348.)

4 Opinnäytetyön tavoitteet

Opinnäytetyön tavoitteena on systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla selvittää, mitä on potilasturvallisuus perioperatiivisessa hoitotyössä. Lähdeaineis-

tosta saatavia tuloksia tarkastellaan leikkausosastolla työskentelevän sairaanhoitajan näkökulmasta. Potilasturvallisuuden tarkastelussa otetaan huomioon aikuisen potilaan sekä fyysinen että psyykkinen turvallisuus. Tiedonhaku kattaa perioperatiivisen hoitotyön kaikki kolme osa-aluetta: preoperatiivinen hoitotyö, intraoperatiivinen hoitotyö ja postoperatiivinen hoitotyö.

Tarkoituksena on koota yhteen tietoa eri tietolähteistä hyödyntäen myös ulkomaista tutkittua tietoa suomalaisen tiedon rinnalla. Tästä opinnäytetyöstä toivotaan olevan hyötyä perusopintoja suorittaville sairaanhoitajaopiskelijoille, perioperatiivisen hoitotyön erikoistumisopintoja suorittaville opiskelijoille sekä perioperatiivisen hoitotyön ammattilaisille, jotka työskentelevät anestesia- ja leikkausosastolla.

Tässä opinnäytetyössä tutkimuskysymys on:

Mitä on potilasturvallisuus perioperatiivisessa hoitotyössä?

5 Opinnäytetyön toteutus

5.1 Tutkimusmenetelmänä systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö toteutettiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on koota yhteen tietoa eri tietolähteistä ja tehdä valitusta aiheesta synteesi, joka pohjautuu aikaisemmin tehtyihin tutkimuksiin (Axelin & Pudas-Tähkä 2007, 46). Tarkoituksena on järjestelmällinen ja kriittinen lähdeaineiston kerääminen sekä analysointi, jolla pyritään saamaan luotettavia vastauksia omiin tutkimuskysymyksiin (Routasalo & Stolt 2007, 58).

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen edellyttää yhtä tarkkaa otetta kuin mikä tahansa muu tutkimustyö. Toteutuksen raportointi edellyttää huolellista kuvausta, sillä prosessi on voitava toistaa samanlaisena. (Metsämuuronen 2006, 31.) Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena ei ole löytää mahdollisimman suurta lähdemäärää, vaan pyrkimyksenä on osoittaa määrätietoinen ja laaja-alainen perehtyminen tutkittavaan asiaan. (Metsämuuronen 2006, 31.)

Ensimmäinen vaihe systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa on aiheen rajausta sekä lähdeaineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerien määrittäminen (Metsämuuronen 2006, 22). Muita systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaihteita ovat lähdeaineiston kerääminen systemaattisen tiedonhaun avulla ja valitun lähdeaineiston analysointi (Axelin & Pudas-Tähkä 2007, 47).

Sisäänotto- ja poissulkukriteerien määrittämisen tarkoituksena on auttaa valitsemaan mahdollisimman edustava lähdeaineisto, joka on sekä luotettavaa että omiin tutkimuskysymyksiin sopivaa. Sisäänottokriteerillä tarkoitetaan sitä, millaisia tutkimuksia hyväksytään mukaan systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. On myös päätettävä hakuprosessin toteuttamiselle rajat, jotka näkyvät poissulkukriteerien määrittämisessä. (Metsämuuronen 2006, 31.)

Metsämuuronen (2006, 31) mukaan systemaattinen kirjallisuuskatsaus on korvaamassa perinteisen kirjallisuuskatsauksen, sillä saatavilla olevan tiedon määrä kasvaa tulevaisuudessa huomattavasti. Systemaattista kirjallisuuskatsausta pidetään tehokkaana välineenä syventää tietoja aiheesta, josta on jo saatavilla tutkittua tietoa ja tuloksia (Tuomi & Sarajärvi 2009, 123). Myös Metsämuuronen (2006, 22) pitää systemaattista katsausta tehokkaana tapana hyödyntää jo aikaisemmin tutkittua tietoa. Johanssonin (2007, 3) mukaan systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tehokas väline hahmottamaan aikaisemmin tutkitun tiedon kokonaisuutta.

5.2 Aiheen rajausta

Ennen tiedonhaun aloittamista on tarpeellista hahmottaa, mihin tarkoitukseen tietoa etsitään ja missä muodossa sen halutaan olevan (Tähtinen 2007, 12). Koska tiedonhakua voidaan jatkaa loputtomiin, on tarpeellista hahmottaa rajat hakuprosessille (Metsämuuronen 2006, 31). Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymyksen kannalta seuraavat lähdeaineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit auttavat halutun ja oikeanlaisen tiedon löytymisessä.

Lähdeaineiston sisäänottokriteerit ovat:

- Perioperatiivisen hoitotyön potilasturvallisuuteen liittyvät artikkelit ja tutkimukset sekä Pro Gradu -tutkielmat

- Aikuisen potilaan sekä fyysinen että psyykkinen turvallisuus perioperatiivisen hoitotyön aikana
- Suomen- tai englanninkielinen lähdeaineisto
- Lähdeaineisto on ilmestynyt vuosina 2007 – 2012
- Lähdeaineisto saatavilla Full Text -muodossa (koko teksti), Saimaan ammattikoulun kirjastosta tai etälainana muista kirjastoista

Lähdeaineiston poissulkukriteerit ovat:

- Ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöt
- Ei-tieteelliset artikkelit
- Lähdeaineisto on ilmestynyt ennen vuotta 2007
- Lähdeaineiston kieli on jokin muu kuin suomi tai englanti
- Lapsipotilaan turvallisuus perioperatiivisessa hoidossa
- Päiväkirurgiaan kohdistuvat tutkimukset

5.3 Lähdeaineiston kerääminen

Hyvä ja onnistunut hakustrategia on pohjana luotettavalle katsaukselle. Hakustrategia tulee katsauksessa määritellä huolellisesti, jotta sitä voidaan pitää tieteellisesti pätevänä ja se voidaan tarvittaessa toistaa. (Metsämuuronen 2006, 31; Axelin & Pudas-Tähkä 2007, 50.) Metsämuuronen (2006, 32) mukaan keskeisin väline lähdeaineiston keräämiseen ovat erilaiset tietokannat. Tässä opinnäytetyössä systemaattiseen tiedonhakuun käytettiin Nelli-tiedonhakuportaalia, josta löytyvät kaikki Saimaan ammattikorkeakoulun käytettävissä olevat tietokannat.

Alustava tiedonhaku aloitettiin tammi – helmikuun 2012 aikana. Tiedonhaku aloitettiin määrittämällä hakusanat käyttäen apuna yleistä suomalaista asiasanasto YSA: aa. Hakusanojen kääntämisessä englannin kielelle käytettiin MOT-sanakirjaa. Yleisen suomalaisen asiasanaston kautta hakusanoiksi määrytyivät ”potilasturvallisuus”, ”turvallisuus”, ”leikkaushoito”, ”kirurgia”, ”perioperatiivinen hoito”, ”preoperatiivinen hoito”, ”postoperatiivinen hoito” ja ”riskitekijät”. Englannin kielelle käännetty hakusanat olivat ”patient safety”, ”perioperative

nursing” ”preoperative nursing”, ”intraoperative nursing” ja ”postoperative nursing. Lopullinen tiedonhaku toteutettiin maaliskuussa 2012.

Lopullinen tiedonhaku aloitettiin käyttämällä Saimaan ammattikorkeakoulun Nelli-tiedonhakuportaalin monihakua, josta aihealueeksi valittiin sosiaali- ja terveysala. Tietokannoiksi täsmennettiin suomenkieliset artikkeliviitetietokannat Arto ja Aleksi, sekä yliopistokirjastojen yhteistietokanta Linda. Seuraavassa taulukossa on esitelty katkaistujen hakusanojen yhdistelmillä löytyneet ja lähdeaineistoksi valitut hakutulokset.

Hakusana	Löytyneen lähdeaineiston määrä	Otsikon perusteella valittu lähdeaineiston määrä	Lopullisen lähdeaineiston määrä
potilasturv* and perioper*	6	2	1
potilasturv* and kir*	98	2	2
turv* and perioper*	4	0	0
turv* and leikkaushoi*	47	2	0
potilasturv* and leikkaushoi*	25	7	3
potilasturv* and postoper*	0	0	0
turv* and postoper*	2	0	0
riskitek* and perioper*	0	0	0
riskitek* and leikkaushoi*	93	1	0
riskitek* and preoper*	0	0	0
riskitek* and intraoper*	2	0	0
riskitek* and postoper*	7	1	1
Yhteensä	284	14	7

Taulukko 1. Suomenkielisillä hakusanayhdistelmillä löytyneen lähdeaineiston määrä

Otsikon perusteella lähempään tarkasteluun valikoitui yhteensä 14 hakutulosta, joista kuitenkin osa hylättiin sisällön perusteella. Hylkäämisen perusteena oli sisällön lääketieteellinen näkökulma. Lähdeaineistoksi valittiin seitsemän hakutulosta, jotka ovat kaksi Turun yliopiston Pro Gradu -tutkielmaa, yksi Duodecim-lehden artikkeli ja neljä Sairaanhoitaja-lehden artikkelia. Lähdeaineisto on ilmestynyt aikavälillä 2007 – 2010.

Englanninkielinen tiedonhaku toteutettiin hakusanalla perioperative nursing* and patient safety. Tietokannaksi täsmennettiin Science Direct. Hakutuloksia

löytyi valtava määrä, 6520 kappaletta. Näistä selattiin 200 ensimmäistä hakutulosta, joista otsikon perusteella valittiin kymmenen hakutulosta lähempään tarkasteluun. Sisällön perusteella työhön valittiin kaksi artikkelia, jotka ovat ilmentyneet aikavälillä 2010 - 2012. Myös englanninkielisen lähdeaineiston hylkäämisen perusteena oli sisällön lääketieteellinen näkökulma. Englanninkielistä tiedonhakua ei toteutettu kuin yhdellä hakusanayhdistelmällä, sillä tiedonhaun kautta saatu lähdeaineisto vastasi sisäänottokriteerejä ja hakutuloksia oli saatavilla runsaasti. Yhteensä opinnäytetyön lähdeaineistoksi (Liite 1) valikoitui yhdeksän hakutulosta.

5.4 Induktiivinen sisällön analyysi

Sisällön analyysillä pyritään järjestämään lähdeaineisto selkeään ja tiiviiseen muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Erilaisia dokumentteja, kuten artikkeleita ja julkaisuja voidaan sisällön analyysin avulla analysoida systemaattisesti. Sisällön analyysi tarkastelee jo valmiiksi tekstimuotoisia tai sellaiseksi muutettuja lähdeaineistoja. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103,108.)

Sisällön analyysin tarkoituksena on valittujen tutkimuskysymyksien informaatioarvon lisääminen, sillä hajanainen lähdeaineisto pyritään kokoamaan selväksi ja yhtenäiseksi informaatioksi. Sisällön analyysin avulla tutkittavasta kohteesta muodostettu tiivis kuvaus liittää tulokset ilmiön laajempaan kontekstiin ja aiempiin tutkimustuloksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103,108.)

Vaikka systemaattinen kirjallisuuskatsaus on luonteeltaan teoreettinen tutkimus, niin sen toteuttamisessa voidaan hyödyntää aineistolähtöistä sisällön analyysiä, jossa pyritään luomaan lähdeaineistosta teoreettinen kokonaisuus. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95,123.) Systemaattisen katsauksen tulkinnoissa ja aineiston analysoinnissa on pyrittävä virheettömyyteen ja rehellisyyteen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 113).

Tässä opinnäytetyössä systemaattisesta tiedonhausta saatu lähdeaineisto analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä menetelmällä. Aineistolähtöisessä sisällön analyysissä käsitteitä yhdistellään, ja näin saadaan koottua vastauksia tutkimuskysymyksiin. Analysointi perustuu päättelyyn ja tulkintaan, jossa ede-

tään hajanaisesta aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta kohteesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 122.)

Sisällön analyysin ensimmäinen vaihe oli lähdeaineiston pelkistäminen. Pelkistämässä lähdeaineistolta kysytään tutkimustehtävään perustuvia kysymyksiä (Janhonen & Nikkonen 2003, 26). Pelkistäminen toteutettiin keräämällä lähdeaineistosta tutkimuskysymyksen kannalta oleellinen informaatio aineiston termin.

Pelkistämisen jälkeen sisällön analyysissä seuraava vaihe on aineiston ryhmitely, jossa tarkoituksena on etsiä pelkistetyistä alkuperäisilmaisuista yhtäläisyyksiä ja erilaisuuksia (Janhonen & Nikkonen 2003, 28). Pelkistetyt alkuperäisilmaisu-ryhmiteltiin alaluokiksi, jotka nimettiin pelkistettyjä alkuperäisilmaisu-ja mukaillen.

Sisällön analyysin kolmannessa vaiheessa lähdeaineisto abstrahoidaan eli käsitteellistetään, minkä avulla yläluokat muodostuvat samansisältöisistä alaluokista (Janhonen & Nikkonen 2003, 29). Yläluokat muodostettiin alaluokista nousevien aiheiden mukaisesti. Sisällönanalyysin pohjalta muodostuneet yläluokat, joita oli yhteensä yhdeksän, muodostivat tämän opinnäytetyön tulokset ja antoivat vastauksia opinnäytetyön tutkimuskysymykseen. Sisällönanalyysi on esitetty kokonaisuudessaan liitteessä 2.

6 Tulokset

6.1 WHO:n tarkistuslista

WHO:n (World Health Organisation) kansainvälisen asiantuntijaverkoston suunnitteleman tarkistuslistan tavoitteena on vahvistaa tiimityötä ja tiedonkulkua leikkaussalihenkilökunnan välillä, sekä tukea hyväksyttyjä turvallisuuskäytäntöjä (Kangasmäki 2010, 12 – 14). Maailmanlaajuisesti käytetty lista vähentää kirurgisia komplikaatioita sekä leikkaukseen liittyvää kuolleisuutta (Arrowsmith & Klein 2010, 155). Vuonna 2010 listaa käytettiin useissa sairaaloissa, esimerkiksi Ruotsissa, Yhdysvalloissa ja Englannissa. Myös Suomessa se olisi tarkoitus tuoda käytäntöön. Kaikissa tutkituissa sairaaloissa leikkauskomplikaatioiden

määrä väheni merkittävästi, kun tarkistuslista otettiin käyttöön. (Kangasmäki 2010, 12 – 14.)

Tarkistuslista (liite 3.) on käännetty suomen kielelle ja WHO:n mukaan sitä voi muokata paikallisiin olosuhteisiin soveltuvaksi. Listan avulla tehtävät leikkaustiimin tarkistukset jakautuvat kolmeen eri vaiheeseen, joista jokainen vastaa tiettyä jaksoa leikkauksen kulussa. Vaiheet ovat alkutarkastus (ennen anestesian alkua), aikalisä (ennen viiltoa) ja lopputarkistus (haavan sulkemisen jälkeen, ennen potilaan poistumista). (Kangasmäki 2010, 14; Pauniahon & Ikonen 2010, 333.)

Tutkimustulosten mukaan tarkistuslista on sekä halpa että yksinkertainen työväline haittojen vähentämiseksi. Tarkistuslistan käyttö on parantanut leikkaussali-työn huolellisuutta, kommunikaatiota ja tiimityön sujuvuutta. Lisäksi tarkistuslista auttaa opiskelijoiden ja uuden henkilökunnan perehdyttämisessä hyviin työtutuksiin. (Kangasmäki 2010, 13; Pauniahon & Ikonen 2010, 333.)

Tavallisimmin leikkaussalin valvova sairaanhoitaja on vastuussa siitä, että listan kaikki kohdat käydään läpi (Kangasmäki 2010, 13). Pauniahon & Ikonen (2010, 335) mukaan listan käytön aloitus on helppoa ja sen täyttäminen vie kokonaisuudessaan aikaa vain muutaman minuutin. Potilasturvallisuuden parantamiseksi WHO kannustaakin leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöä jokaisen kirurgisen toimenpiteen yhteydessä (Kangasmäki 2010, 12).

6.2 Potilaan huolellinen monitorointi

Potilaan monitorointi välittää tietoa ja mahdollistaa elintoimintojen vaihtelun havaitsemisen varhaisessa vaiheessa, mikä voisi aiheuttaa vaaraa potilaan tilassa. Ennen kuin potilaalle annetaan sedatoivia lääkkeitä, tulee suoniytkeyden lisäksi monitoroinnin olla varmistettu. Monitoroinnissa tulee huomioida anestesiamuoto ja leikkaustyyppi. (Arrowsmith & Klein 2010, 155.)

Minimissään peruselintoimintojen seuranta koostuu EKG-rekisteröinnistä sekä verenpaineen ja happisaturaation mittaamisesta, jotka tulee tehdä jokaisessa toimenpiteessä riippumatta toimenpiteen suuruudesta. Monitorien lisäksi anes-

tesiahoidajan tulee tarkkailla potilaan ihon ja limakalvojen väriä, rintakehän liikettä sekä vastetta epämiellyttäville ärsykkeille. (Arrowsmith & Klein 2010, 155.)

6.3 Hyvän leikkausasennon turvaaminen

Potilaan huono leikkausasento ja leikkauksen aikana käytettävien tukien huolimaton asettelu altistavat potilasta perifeerisille hermovaurioille. Myös Trendelenburgin asento, yleisanestesia ja pitkä toimenpide ovat vaurioille altistavia tekijöitä. (Peltomaa 2008, 28.)

Peltomaan haastattelututkimuksen (2008, 29) mukaan potilaan hyvän leikkausasennon turvaaminen on koko leikkaussalihenkilökunnan vastuulla. Sekä nuku-
tetun että puudutetun potilaan leikkausasennon valvonta koettiin yhtä merkitsevä-
vänä. Riskeinä potilasturvallisuudelle haastattelututkimuksessa pidettiin tietä-
mättömyyttä asentojen ergonomisuudesta ja vähäistä tietoa potilaan aikaisem-
mista kiputiloista.

Mahdollisuuksien mukaan potilas tulisi asetella leikkausasentoon hereillä, jotta hän itse voisi osallistua hyvän asennon turvaamiseen. Leikkausasennossa tulee välttää turhaa venytystä ja painetta, ja anatomisesti potilaan leikkausasennon tulisi olla hyvä. (Peltomaa 2008, 38.) Asentoa laitettaessa tulee varoa, etteivät potilaaseen laitetut kanyylit ja katetrit pääse irtoamaan (Arrowsmith & Klein, 2010, 156). Potilaan hyvä leikkausasento tulisi aina tarkistaa ennen steriiliä peittelyn tekemistä. Leikkausasento ja siihen liittyvät tuet ja pehmusteet tulee kirjata ylös anestesiaomakkeelle. (Peltomaa 2008, 38.)

6.4 Aseptinen toiminta leikkausosastolla

Perioperatiivisessa hoitotyössä aseptista omatuntoa edellytetään kaikilta, myös opiskelijoilta (Peltomaa 2008, 30). Aseptiikan vaarantuminen yhdistettiin Peltomaan haastattelututkimuksessa (2008, 30) huolimattomuuteen ja kiireeseen. Ongelmalliseksi aseptiikan kannalta koettiin myös eristysleikkaukset ja niissä työskentely. Peltomaan (2008, 30) haastattelututkimuksen tulosten mukaan leikkaukseen tulevan sekä muiden potilaiden turvallisuus voi vaarantua, jos kaikilla hoitoketjuun osallistuvilla ei ole samantasoisia toimintaohjeita esimerkiksi MRSA-tapauksia varten.

Perioperatiivisen hoitotyön henkilökunnalta eristysleikkauksen suunnittelu ja toteuttaminen vaativat tarkat ja laajat valmistelut. Aseptiikan säilymisen kannalta on myös tärkeää, että esimerkiksi instrumentoiva sairaanhoitaja kokee voitansa huomauttaa tilanteen vaatiessa kirurgille aseptiikan pettämisestä. Myös muut leikkausryhmän jäsenet ovat velvollisia puuttumaan aseptisiin epäkohtiin tarvittaessa. (Peltomaa 2008, 30.)

Aseptiikka liittyy perioperatiivisessa hoitotyössä myös lääkehoidon toteuttamiseen, sillä lääkeaineen tai sen antamiseen käytettävän välineistön kontaminoituminen voivat aiheuttaa vakavan septisen infektion potilaalle. Kanyylit mahdollistavat mikrobeille pääsyn elimistöön, joten aseptinen työskentely lääkehoidon toteuttamisessa tulee huomioida tarkasti. (Sulosaari 2010a, 57).

6.5 Huolellisuus instrumenttien käsittelyssä

Japanissa tehdyn tutkimuksen mukaan kirurgiassa käytettävien instrumenttien vioittuminen voi johtaa leikkauksessa vakaviin seurauksiin. Nämä seuraukset liittyivät esimerkiksi kudostuhoon, verenvuotoon ja vioittuneista instrumenteista leikkausalueelle irtoaviin palasiin. Erityisen alttiita vioittumiselle ovat luukirurgiassa käytettävät instrumentit sekä tähystysleikkauksissa käytettävä välineistö. (Fukatsu, Komatsu, Obayashi, Saito, Uetera & Yasuhara 2011, 153.)

Yleisesti ottaen, riski vioittuneiden instrumenttien aiheuttamalle leikkaukskomplikaatioille on pieni, mutta kuitenkin mahdollinen. Tutkimuksen mukaan eräässä japanilaisessa sairaalassa vioittuneet instrumentit olivat yhteydessä komplikaatioon kahdessa leikkauksessa, kun tarkastelussa oli mukana 19 operaatiota. (Fukatsu ym. 2011, 159.)

Tutkimuksen mukaan kirurgisten instrumenttien virheellinen käsittely voi johtaa vioittumiseen. Komplikaatioiden vähentämiseksi ja ehkäisemiseksi on tärkeää harjoitella instrumenttien käsittelyä ja tarkastaa instrumenttien toiminta ennen leikkausta. (Fukatsu ym. 2011, 159.)

6.6 Turvallinen lääkehoito

Sairaanhoitajat voidaan nimetä suurimmaksi ammattiryhmäksi, jonka vastuulla on turvallisen lääkehoidon toteuttaminen ja kehittäminen. Lääkehoidon turvallisuuden lähtökohtana on riskitekijöiden tunnistaminen. Erityisesti laskimonsisäiseen lääke- ja nestehoitoon liittyy riskejä, sillä lääkkeen vaikutus alkaa lähes välittömästi. Tämä asettaa vaatimuksia äkillisien reaktioiden hallinnalle ja niiden kumoamiselle. (Sulosaari 2010a, 56 – 57.)

Laskimonsisäiseen lääke- ja nestehoitoon liittyvät riskit kohdistuvat usein itse lääkeaineeseen, hoidon toteuttamiseen tai käytettävän annostelureitin erityispiirteisiin. Myös lääkeaineen käyttökuntoon saattaminen sisältää riskejä lääkityspoikkeamille ja turvallisuuden heikentymiselle. (Sulosaari 2010a, 57.)

Potilasturvallisuutta laskimonsisäisessä lääke- ja nestehoidossa voidaan lisätä monin pienin asioin. Vastuu kuuluu jokaiselle hoitoa toteuttavalle sairaanhoitajalle, ja jokainen sairaanhoitaja voi vaikuttaa turvallisuuteen omilla työtavoillaan ja käytöksellään. Turvallisen hoidon toteutuminen tulee huomioida työympäristössä, toimintatavoissa, lääkkeen käyttökuntoon saattamisessa, lääkkeen antamisessa sekä lääkehoidon seurannassa ja kirjaamisessa. (Sulosaari 2010, 55b.)

6.7 Huolellinen kirjaaminen

Perioperatiivisessa hoitotyössä kirjataan sekä käsin että elektronisesti potilasasiakirjoihin (Peltomaa 2008, 64). Peltomaan (2008, 26) tekemän haastattelututkimuksen mukaan eräät anestesiasairaanhoitajat kokivat kirjaamiseen liittyvien riskitilanteiden kohdentuvan suoraan elektroniseen potilastietojärjestelmään. Tietokoneella oleva elektroninen potilastietojärjestelmä sijaitsi anestesiasairaanhoitajan selän takana, mikä edellytti kääntymistä selin potilaaseen. Lisäksi hoitajista tuntui, että elektroninen kirjaaminen vei aikaa hoitotyöstä ja potilaan valvonnasta. (Peltomaa 2008, 36.)

Potilasturvallisuus vaarantuu, jos kirjaaminen ei tapahdu totuudenmukaisesti. Tällöin hoidon jatkuvuus heikkenee, sillä potilastiedot eivät välity eteenpäin ja raportointi on puutteellista. Potilasasiakirjojen lisäksi tilastointiohjelmiin tulisi

dokumentoida huolellisesti. Puutteellinen tilastointiohjelmiin kirjaaminen vaikeuttaa analyysien pohjalta suoritettavaa hoidon laadun ja turvallisuuden arviointia. (Peltomaa 2008, 36.)

Perioperatiivisessa hoitotyössä potilasturvallisuutta voidaan edistää kirjaamalla totuudenmukaisesti ja järjestelmällisesti. Potilaan taustatiedot, leikkausvalmistelut ja leikkauksen aikana tehtävät toimenpiteet tulee kirjata huolellisesti. Esimerkiksi informaatio potilaan ravinnosta olosta ja lääkityksestä on merkittävä tietoa anestesian toteuttamisen kannalta. (Peltomaa 2008, 37.)

6.8 Tiimityöskentely

Moniammatillisessa terveydenhuollon toimintayhteisössä tiimityö ei ole itsessään selvyys, vaikka sitä pidetään tehokkaana organisointimenetelmänä. Perioperatiivisessa hoitotyössä teknologiset osaamisvaatimukset ja tarkat toimintaohjeet asettavat haasteita leikkaustiimille. Leikkausosastoilla vaativan työympäristön paine on kasvanut, sillä leikkausajat ovat lyhentyneet ja akuutit toimenpiteet lisääntyneet. Samaan aikaan myös turvallisuuden ylläpitäminen on lisääntynyt. (Silén-Lipponen 2007.)

Tiimityöskentelyä ajatellen vaaran potilasturvallisuudelle voivat aiheuttaa työn paljous, ammatillinen osaamattomuus, henkilöstön vaihtuvuus ja pulmat työyhteisössä. Tällaiset tekijät voivat vaikuttaa negatiivisesti potilaan kokemukseen leikkauksesta ja turvallisuuden toteutumisesta. (Silén-Lipponen 2007.) Leikkaustiimin jäsenenä oleminen edellyttää työntekijältä hyvää ammattitaitoa, priorisointikykyä työtehtävien suhteen ja yhteistyökykyä. Turvallisuuden ylläpitäminen ilmenee myös leikkaustiimissä monenlaisina sääntöinä ja toistuvina varmistuksina. Myös rutiininomainen valvonta ja joustavuus tiimissä ylläpitävät potilasturvallisuutta. (Silén-Lipponen 2007.)

Silén-Lipposen (2007) haastattelututkimuksen mukaan leikkaustiimeissä, joissa keskusteltiin runsaasti, jaettiin vastuu ja pidettiin yhteisvoimin yllä potilasturvallisuutta. Tilanne, jossa työntekijät eivät halunneet kommunikoida keskenään, tunnettiin stressaavaksi ja paineenalaiseksi. Teknologista osaamista pidettiin tärkeänä leikkaustiimityöskentelyssä. Tiimien pysyvyys esimerkiksi tiimin jäsen-

ten keskinäinen tuttavuus helpottivat haastattelututkimuksen tulosten mukaan työn suunnittelua.

6.9 PONV-riskipistemittarin käyttö

Kienokosken (2009, 14) mukaan leikkauksen jälkeisen pahoinvoinnin ja oksentelun ennaltaehkäisy on tärkeää sekä potilastytyväsyyden että kustannustenkin kannalta. Erään tutkimuksen mukaan pahoinvoinnin esiintyvyys heräämöhoidon aikana aikuispotilailla on noin 18 %. Pahoinvointi aiheuttaa potilaalle inhimillistä kärsimystä ja oireiden jatkuessa kotiutuminen viivästyy. (Kienokoski 2009, 11.)

Leikkauksen jälkeisen pahoinvoinnin ja oksentelun esiintyminen riippuvat monesta eri tekijästä. Esimerkiksi naissukupuoli, matkapahoinvointitaipumus, lihavuus, anestesian kesto, leikkaustyyppi ja opiaattien käyttö kivunlievityksessä ovat leikkauksen jälkeiselle pahoinvoinnille altistavia tekijöitä. Potilaita preoperatiivisesti hoitavan hoitohenkilöstön tulisi osata erotella leikkauksen jälkeisen pahoinvointi- ja oksenteluriskin omaavat potilaat rutiininomaisesti. (Kienokoski 2009, 14.)

Kienokoski (2009) on kuvannut hoitohenkilökunnan kokemuksia Apfelin, Läärän, Koivurannan, Greimin ja Roewerin (1999) kehittämästä PONV (=postoperative nausea and vomiting) -riskipistemittarin (liite 4) käytöstä. Tällä yksinkertaisella mittarilla voidaan havaita leikkauksen jälkeisen pahoinvoinnin ja oksentelun riskitekijöitä omaavia potilaita. Kienokosken (2009) mukaan PONV-riskipistemittari koettiin selkeäksi ja ymmärrettäväksi, eikä mittarin käyttö lisännyt juurikaan leikkausta edeltävään haastatteluun kuluvaan aikaa. Mittarin käytön avulla pystytään tehokkaasti havaitsemaan riskipotilaat ja sen perusteella voidaan vaikuttaa pahoinvoinnin ja oksentelun esiintyvyyteen leikkauksen jälkeen. On myös tärkeää, että pahoinvoinnin ennaltaehkäisyn suunnittelu kirjataan selvästi potilastietoihin. (Kienokoski 2009, 49.)

7 Pohdinta

7.1 Tulosten tarkastelua

Opinnäytetyön tarkoituksena oli systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla selvittää, mitä on potilasturvallisuus perioperatiivisessa hoitotyössä. Turvallisuus on varsin laaja ja monipuolinen käsite, joka muodostuu useasta eri tekijästä. Tämä näkyy myös saaduista tuloksista. Opinnäytetyön systemaattisen tiedonhaun kautta saadut tulokset ovat perioperatiivisessa hoitotyössä ilmeneviä käytännönläheisiä turvallisuuden osatekijöitä, joihin jokainen leikkaus- ja anestesiasastolla työskentelevä sairaanhoitaja voi omilla toimintatavoillaan vaikuttaa.

Sosiaali- ja terveysministeriön vuosiksi 2009 – 2013 laatimaan potilasturvallisuusstrategian mukaisesti, jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen tulee kantaa vastuu omasta osaamisestaan. Perioperatiivinen hoitotyö on oma erikoisalansa, jossa sairaanhoitajalta vaaditaan korkeatasoista osaamista ja terveysteknologian hallintaa potilasturvallisuuden edistämiseksi (Kinnunen ym. 2007, 17). Tässä opinnäytetyössä saaduissa tuloksissa terveysteknologian hallinta korostuu potilaan monitoroinnissa, instrumenttien huolellisessa käsittelyssä, potilastietojärjestelmien käytössä ja kirjaamisessa, sekä myös laskimonsisäisen lääke- ja nestehoidon toteuttamisessa.

Teknologinen osaaminen on haaste leikkaustiimille (Silén-Lipponen 2007), joten on tärkeää, että työntekijät saavat perioperatiivisessa hoidossa käytettäviin laitteisiin perehdytystä ja harjoitusta. Myös Helovuon (2011, 68 - 72) painottaa, että työntekijöiden tulisi saada perehdytystä uusien laitteiden käytöstä, sillä laitteiden tulisi olla hoidon aikana toimintakuntoisia ja turvallisia potilasturvallisuuden ylläpitämiseksi.

Helovuon ym. (2007, 72) mukaan huolellinen kirjaaminen luo pohjaa potilasturvallisuuden hallinnalle. Koska perioperatiivinen hoito on nopeatempoista, kirjaaminen potilastietojärjestelmiin ei välttämättä aina toteudu huolellisesti. Potilasturvallisuuden kannalta huolellinen kirjaaminen edistäisi hoidon jatkuvuutta ja näin ehkäisisi potilaan tilan kannalta tärkeiden tietojen huomiotta jättämistä.

Laadukas kirjaaminen on myös osatekijä hyvin toimivalle tiimityöskentelylle. Perioperatiivisessa hoitotyössä sairaanhoitajalta vaaditaan toisaalta priorisointikykyä ja joustavuutta työtehtävien toteuttamisessa, jotta potilasturvallisuus säilyisi (Kinnunen ym. 2007, 48).

Merkittävä potilasturvallisuuden edistäjä perioperatiivisessa hoidossa on aseptinen työskentely, sillä aseptiikan noudattaminen on perusta infektioiden torjunnalle (Kinnunen ym. 2007, 87). Aseptiikan toteutuminen perustuu työskentelyn huolellisuuteen ja aseptiseen omatuntoon. Lisäksi aseptiikan toteuttaminen perioperatiivisessa hoitotyössä vaatii sairaanhoitajalta teoretietoa sekä kädentaitoja, jotka näkyvät esimerkiksi steriilien pakkausten käsittelyssä ja suojavaatepuksen pukemisessa

Tarkkuus ja huolellisuus ovat perioperatiiviselle sairaanhoitajalle tärkeitä ominaisuuksia potilasturvallisessa työskentelyssä. Anestesiahoitajan toteuttama lääkehoito vaatii ymmärrystä sekä farmakokinetiikasta että farmakodynamiikasta lääkeaineiden ominaisuuksien ymmärtämiseksi. Lääkehoidon toteuttaminen vaatii myös erityistä huolellisuutta. Turvallinen lääkehoito on merkittävä tekijä potilasturvallisuuden säilymisessä (Anttila ym. 2005, 85).

Huolellisuus korostuu myös potilaan monitoroinnissa, sillä monitorointilaitteet tulee kiinnittää huolellisesti ja anatomisesti oikeisiin kohtiin, jotta tulokset olisivat mahdollisimman luotettavia. Huolellisuutta ja tarkkuutta tarvitaan monitoroinnin välittämän tiedon seuraamisessa ja reagoimisessa elintoimintojen muutoksiin, sillä Paneliuksen & Variston (1990, 94) mukaan voidaan välttyä leikkauksen aikaisilta komplikaatioita, jos poikkeavat elintoimintojen muutokset havaitaan ajoissa. Myös Helovuo ym. (2011, 76) korostaa, että työskentelyssä tulee olla tarkka ja huolellinen.

Vaikka potilasturvallisuuden edistäminen lähtee liikkeelle jo yksilötasolla, on perioperatiivisen hoitotyön toteutus vahvaa tiimityötä moniammatillisessa työyhteisössä (Kinnunen ym. 2007, 48). Tiimityön toimivuus perustuu kuitenkin jokaisen tiimin jäsenen käytökseen. Hyvä vuorovaikutus, avoimuus ja muiden tiimin jäsenten huomiointi vahvistavat tiimityöskentelyn vapaata ilmapiiriä ja sujuvaa työskentelyä potilasturvallisuuden takaamiseksi. Aktiivinen tiedonkulku työnteki-

jöiden välillä ehkäisee väärinkäsityksiä ja unohduksia (Helovuo ym. 2001, 76). Tiimityöskentely näkyy myös potilaan hyvän leikkausasennon turvaamisessa, sillä leikkaustiimi yhdessä on vastuussa hyvästä leikkausasennosta hermovaurioiden ja painehaavaumien ehkäisemiseksi.

Perioperatiiviseen tiimityöskentelyyn sisältyy toistuvia tarkistuksia potilaan turvallisen hoidon takaamiseksi (Silén-Lipponen 2007). Tiimityöskentelyn tarkistuksia auttava väline, WHO:n tarkistuslista, tulisi myös Suomessa asettaa mukaan jokaisen leikkausyksikön toimintatapoihin. Tarkistuslistan helppous ja selkeys soveltuvat hyvin nopeatempoiseen perioperatiiviseen työskentelyyn potilasturvallisuuden edistämiseksi.

Yksinkertaisen PONV-riskipistemittarin käytön myötä potilaan riskitekijät leikkauksenjälkeiselle pahoinvoinnille voitaisiin havaita, ja sen perusteella pystyttäisiin varautumaan ja ennaltaehkäisemään leikkauksenjälkeistä pahoinvointia. Tämä olisi merkittävä tekijä potilaan sekä fyysiselle että psyykkiselle turvallisuudelle, sillä pahoinvointi voi olla potilaalle voimakas negatiivinen kokemus ja muistikuva saamastaan hoidosta.

Olisikin suotavaa potilasturvallisuuden edistämiseksi, että erilaiset apuvälineet kuten WHO:n tarkistuslista ja PONV-riskipistemittari otettaisiin käyttöön jokaisessa leikkausyksikössä jokaisen toimenpiteen yhteyteen. Apuvälineiden käytöllä ehkäistäisiin unohduksia ja väärinkäsityksiä sekä niiden avulla helpotettaisiin työntekijöiden tehtäviä.

Perioperatiivisen hoitotyön potilasturvallisuuden toteutuminen ei ole sidoksissa yksittäisiin tekijöihin, vaan turvallinen hoito koostuu usean eri tekijän kokonaisuudesta. Perioperatiivinen hoitotyö on monivaiheinen prosessi, jonka eri vaiheet sisältävät useita riskejä potilasturvallisuuden vaarantumiselle. Näiden riskien välttämiseksi jokaisella perioperatiiviseen hoitoon osallistuvalla ammattilaisella on velvollisuus huolehtia potilasturvallisuuteen liittyvien tekijöiden toteutumisesta ja säilymisestä perioperatiivisen hoidon aikana.

Sairaanhoitajan vastuu omasta ammattitaidostaan ja tieto-aidon ylläpitämisestä korostuvat perioperatiivisessa hoitotyössä. Myös potilasturvallisuuden arviointi

ja toiminnan kehittämis ehdotusten ilmaisu ovat tärkeitä tekijöitä, joita jokaisella työntekijällä on oikeus tuoda ilmi.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuutta edistää tarkka selostus tutkimuksen toteutuksesta. Aineiston tuottamisen olosuhteet tulee kertoa totuudenmukaisesti ja selvästi. (Hirsjärvi ym. 2008, 229.) Tässä opinnäytetyössä systemaattinen tiedonhaku-prosessi ja sisällön analyysi on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti, jotta ne olisi mahdollista toistaa tarvittaessa.

Hirsjärven ym. (2008, 77) mukaan tutkimuksen onnistumisen kannalta on välttämätöntä, että työn tekijällä on kiinnostus tutkittavaan aiheeseen. Tämän opinnäytetyön aihe on valittu oman kiinnostuksen mukaan. Aiheen laajuus tuotti kuitenkin haasteita työtä tehdessä. Aiheen rajaaminen pienempään osa-alueeseen ei tuntunut sopivalta, sillä työstä olisi jäänyt pois merkittäviä näkökulmia. Tulevaa työelämää ja opinnäytetyön hyödynnettävyyttä ajatellen opinnäytetyö palvelee lukijaa paremmin eheänä kokonaisuutena, jossa on huomioitu kaikki kolme perioperatiivisen hoitotyön osa-aluetta.

Aiheen laajuus vaikeutti tiedonhakua, sillä lähdeaineistoa oli saatavilla varsin runsaasti. Toisaalta hyvän aiheen kriteerinä voidaan pitää, että aiheesta on saatavilla tarpeeksi tietoa (Hirsjärvi ym. 2008, 79). Etenkin englanninkielinen haku tuotti runsaasti hakutuloksia, joita löytyi tuhansittain. Tiedonhaussa englanninkielisistä hakutuloksista selattiin 200 ensimmäistä kappaletta, joista lähdeaineisto valikoitui. On mahdollista, että hakutuloksista olisi löytynyt hyödynnettäviä lähteitä analysoitavaksi, jos hakutulosten selaamista eteenpäin olisi jatkanut.

Etenkin kirjallisuuskatsauksissa lähdekritiikillä on suuri merkitys. Sekä lähteiden valinnassa että niiden tulkinnassa on pyrittävä kriittisyyteen (Hirsjärvi ym. 2008, 109). Tässä opinnäytetyössä ennen systemaattista tiedonhakua määriteltiin tarkat lähdeaineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit, jotka auttoivat tutkimuskysymyksen kannalta oikeanlaisen tiedon löytymisessä. Systemaattiseen tiedonhakuun käytettiin Saimaan ammattikorkeakoulun Nelli-portaalia. Portaalin tieto-

kannat, joihin ei välttämättä ole pääsyä ilman käyttäjätunnusta, auttavat löytämään luotettavaa tietoa (Hirsjärvi 2008, 96).

Opinnäytetyöhön haluttiin mahdollisimman tuoretta tietoa, joten sisäänottokriteereissä lähdeaineiston ilmestymisvuosiksi rajattiin 2007 – 2012. Opinnäytetyön teoriaosuudessa on käytetty Internet-lähteitä ja oppikirjoja, joista muutama on ilmestynyt 1990-luvulla. Tästä huolimatta vanhempia oppikirjoja on hyödynnetty opinnäytetyön teoriaosuudessa, sillä tiedon ajateltiin olevan edelleen ajankohtaista ja paikkansapitävää.

Vaikka opinnäytetyö on toteutettu aineistolähtöisesti tietokantojen kautta, on tärkeää, että tutkimuksen eettiset vaatimukset toteutuvat. Opinnäytetyössä on pyritty välttämään plagiointia merkitsemällä lähdeviitteet tekstiin huolellisesti. Plagiointi tarkoittaa luvaton lainaamista, jossa toisen tekstiä esitetään omana (Hirsjärvi ym. 2008, 26). Opinnäytetyöhön valittu lähdeaineisto on luettu tarkasti läpi ja pyritty analysoimaan huolellisesti, jotta tulos ei olisi lukijalle harhaanjohtava.

Lähdeaineiston joukossa oli muutama englanninkielinen artikkeli, jotka otettiin mukaan analyysiin. Vaikka artikkelien kääntämisessä suomen kielelle onnistuttiin, ovat käännösvirheet silti mahdollisia haastavan sanaston vuoksi. Tekstiä suomentaessa on pyritty muodostamaan asiasisältö sanatarkasti, kuitenkin välttämällä plagioinnin riskin.

7.3 Oman oppimisen tarkastelua

Omaa oppimista ajatellen opinnäytetyön tekeminen on ollut haasteellinen kokemus. Yksin työtä tehdessä työn eteneminen on omalla vastuulla eikä prosessiin ole saatavilla samanlaista tukea, jota saa pari- tai ryhmätyöskentelyssä. Tukea ja neuvoja on kuitenkin saanut ohjauskertojen myötä, mikä on helpottanut työn toteuttamista. Opinnäytetyöprosessi opetti käyttämään eri tiedonhakumenetelmiä ja löytämään tieteellistä tietoa sujuvasti. Tiedonhaun ja tieteellisen tiedon löytäminen korostuvat tulevassa työelämässä, sillä opittujen asioiden päivittäminen ja tietolähteiden käyttö ovat sairaanhoitajalle hyödyllisiä seikkoja.

Opinnäytetyön tekeminen on syventänyt osaamistani perioperatiivisesta hoitotyöstä. Työn tuloksista saadut potilasturvallisuuden osatekijät ovat myös hyödynnettävissä perioperatiivisen hoitotyön lisäksi muillekin erikoisaloille, sillä potilasturvallisuusseikat tulee huomioida kaikilla hoitotyön alueilla.

7.4 Jatkotutkimusaiheet

Tässä opinnäytetyössä perioperatiivisen hoitotyön potilasturvallisuutta tarkasteltiin aikaisemmin tehtyjen tutkimusten ja saadun teoriatiedon pohjalta. Opinnäytetyön tulosten myötä saatiin joukko turvallisuuteen vaikuttavia yksittäisiä tekijöitä, jotka yhdessä muodostavat potilaan turvallisuuden perioperatiivisen hoidon aikana.

Tämän opinnäytetyön tulosten yleistämiseksi jatkotutkimusaihe voisi toteutua toiminnallisesti tarkastellen potilasturvallisuuden toteutumista perioperatiivisessa hoitotyössä. Jatkotutkimus voitaisiin toteuttaa esimerkiksi havainnoimalla tai haastatteleamalla perioperatiivisen hoitotyön ammattilaisia. Jatkotutkimusaihe palvelisi samalla myös työyhteisöä, sillä tarkasteltaessa potilasturvallisuuteen liittyviä tekijöitä on mahdollista arvioida hoidon laatua ja sen perusteella kehittää potilasturvallisuutta työyhteisön toimintatavoissa.

Lähteet

Anttila, K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, M. & Puska, E – L. 2006. Sairaanhoido ja huolenpito. 3. – 5. painos. Helsinki: WSOY

Anttila, K., Kaila-Mattila, T. Kan, S. Puska, E-L. & Vihunen, R. 2005. Hoitamalla hyvää oloa. 5. – 9. painos. Helsinki: WSOY.

Arrowsmith, J. & Klein, A. 2010. Care and basic monitoring of the anaesthetized patient. *Surgery* 28(4), 155 - 158.

Axelin, A. & Pudas – Tähkä, S-M. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajausta, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Axelin, A. Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A:51. Turku, 46 – 47.

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus. Anestesia- ja leikkausosasto. <http://www.eksote.fi/Kiinteasivu.asp?KiinteasivuID=224&NakymaID=23> Luettu 23.10.2011

Fukatsu, K., Komatsu, T., Obayashi, T., Saito, Y., Uetera, Y., & Yasuhara, H. 2011. Prevention of medical accidents caused by defective surgical instruments. *Surgery* 2012(2), 153 - 161.

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Helsinki: Fioca Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10.painos. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 13. – 14., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Ikonen, T. & Paunio, S-L. 2010. Kaikki kunnossa – valmiina viilttoon. *Duodecim* 2010(126), 333 - 335.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uudistettu painos. Juva: WSOY.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsauksen. Teoksessa Axelin, A. Stolt, M. & Ääri R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A:51. Turku, 3-7.

Kangasmäki, E. 2010. Leikkaustiimin tarkistuslista lisää potilasturvallisuutta. Sairaanhoitaja 2010(10), 11 – 12.

Kienokoski, S. 2009. Leikkauksen jälkeisen pahoinvoinnin ja oksentelun riskitekijöiden tunnistaminen. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitos / Lääketieteellinen tiedekunta.

Kinnunen, T., Korte, R. & Lukkari, L. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Kneedler J.A. & Dodge G.H. 1987. Perioperatiivinen patient care. Blackwell Scientific Publications Inc. Teoksessa Kinnunen, T., Korte, R. & Lukkari, L.(toim.) Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: WSOY, 11.

Korhonen, M. 1990. Anestesia. 2. painos. Juva: WSOY.

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Panelius, P. & Varisto, H. 1990. Perioperatiivisen hoito-opin perusteet. Helsinki: WSOY.

Peltomaa, K. 2008. Potilasturvallisuus intraoperatiivisessa anestesiahoitotyössä. Pro gradu - tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitos / Lääketieteellinen tiedekunta.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2012. Sairaalahygieniaohjeisto.

<http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=8772#Suojaistenkäyttö>. Luettu 30.9.2012

Routasalo, P. & Stolt, M. 2007. Tutkimusartikkelien valinta ja käsittely. Teoksessa Axelin, A. Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A:51. Turku, 58.

Silén -Lipponen, M. 2007. Tiimityöllä turvallisuutta leikkaushoitotyöhön? Sairaanhoitaja 4/2007, verkkojulkaisu, luettu 15.7.2012

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 – 2013. Sosiaali ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf Luettu 12.9.2011

Sulosaari, V. 2010a. Laskimonsisäisen lääke- ja nestehoidon turvallisuuden kehittäminen I. Sairaanhoitaja 2010(3), 56 - 59.

Sulosaari, V. 2010b. Laskimonsisäisen lääke- ja nestehoidon turvallisuuden kehittäminen II. Sairaanhoitaja 2010(5), 51 - 55.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011a. Potilasturvallisuusopas. Tampere.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011b. Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/bb693e71-1283-425d-8ca0-36ac93685e86> Luettu 12.9.2011

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5.painos. Helsinki: Tammi.

Tähtinen, H. 2007. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Teoksessa Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A:51. Turku, 12.

Arrowsmith, J. & Klein, A. 2010. Care and basic monitoring of the anaesthetized patient. *Surgery* 28(4), 155 - 158.

Fukatsu, K., Komatsu, T., Obayashi, T., Saito, Y., Uetera, Y., & Yasuhara, H. 2011. Prevention of medical accidents caused by defective surgical instruments. *Surgery* 2012(2), 153 - 161.

Ikonen, T. & Pauniahho, S-L. 2010. Kaikki kunnossa – valmiina viiltoon. *Duodecim* 2010(126), 333 - 335.

Kangasmäki, E. 2010. Leikkaustiimin tarkistuslista lisää potilasturvallisuutta. *Sairaanhoitaja* 2010(10), 11 - 12.

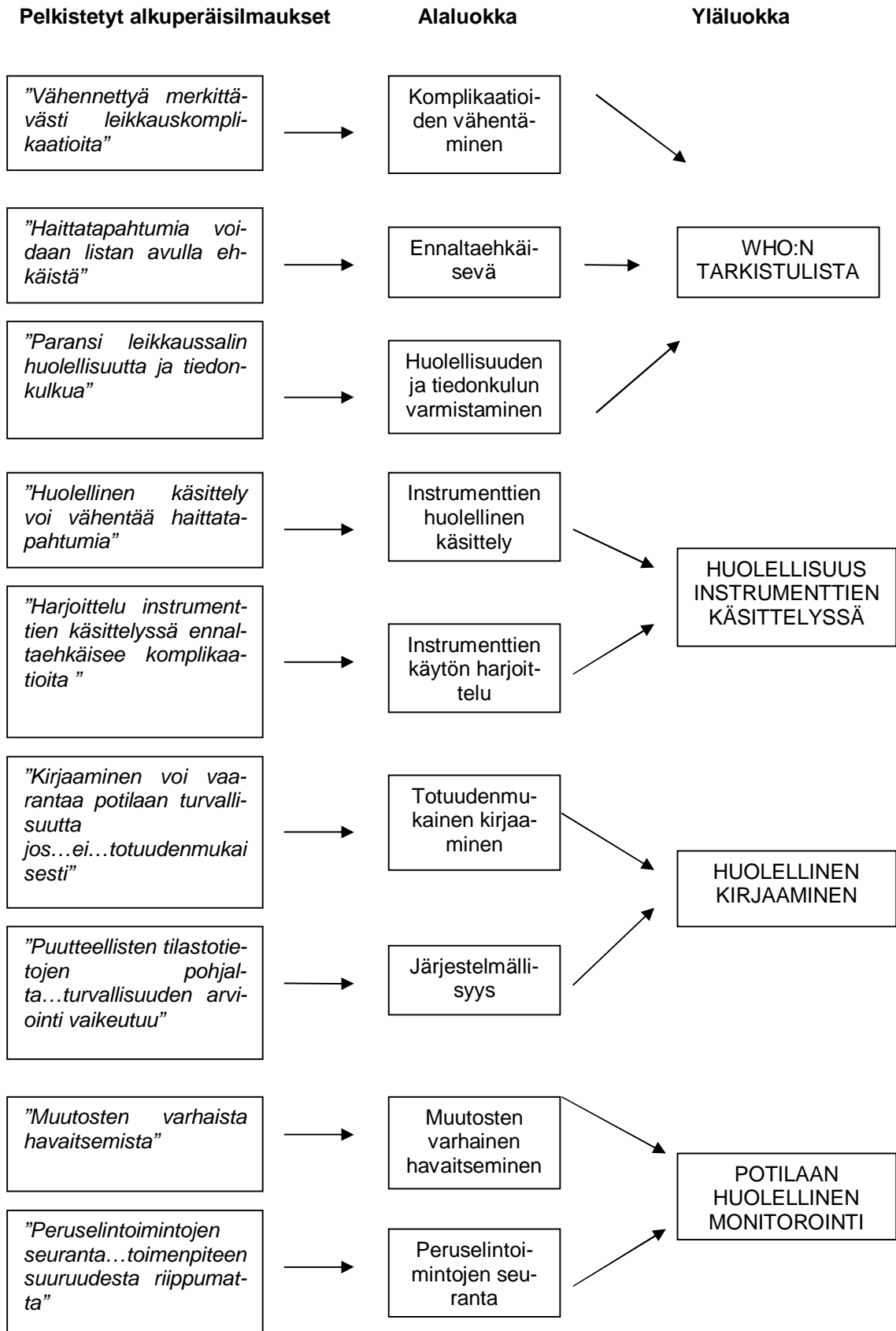
Kienokoski, S. 2009. Leikkauksen jälkeisen pahoinvoinnin ja oksentelun riskitekijöiden tunnistaminen. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitos / Lääketieteellinen tiedekunta.

Peltomaa, K. 2008. Potilasturvallisuus intraoperatiivisessa anestesiahoitotyössä. Pro gradu - tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitos / Lääketieteellinen tiedekunta.

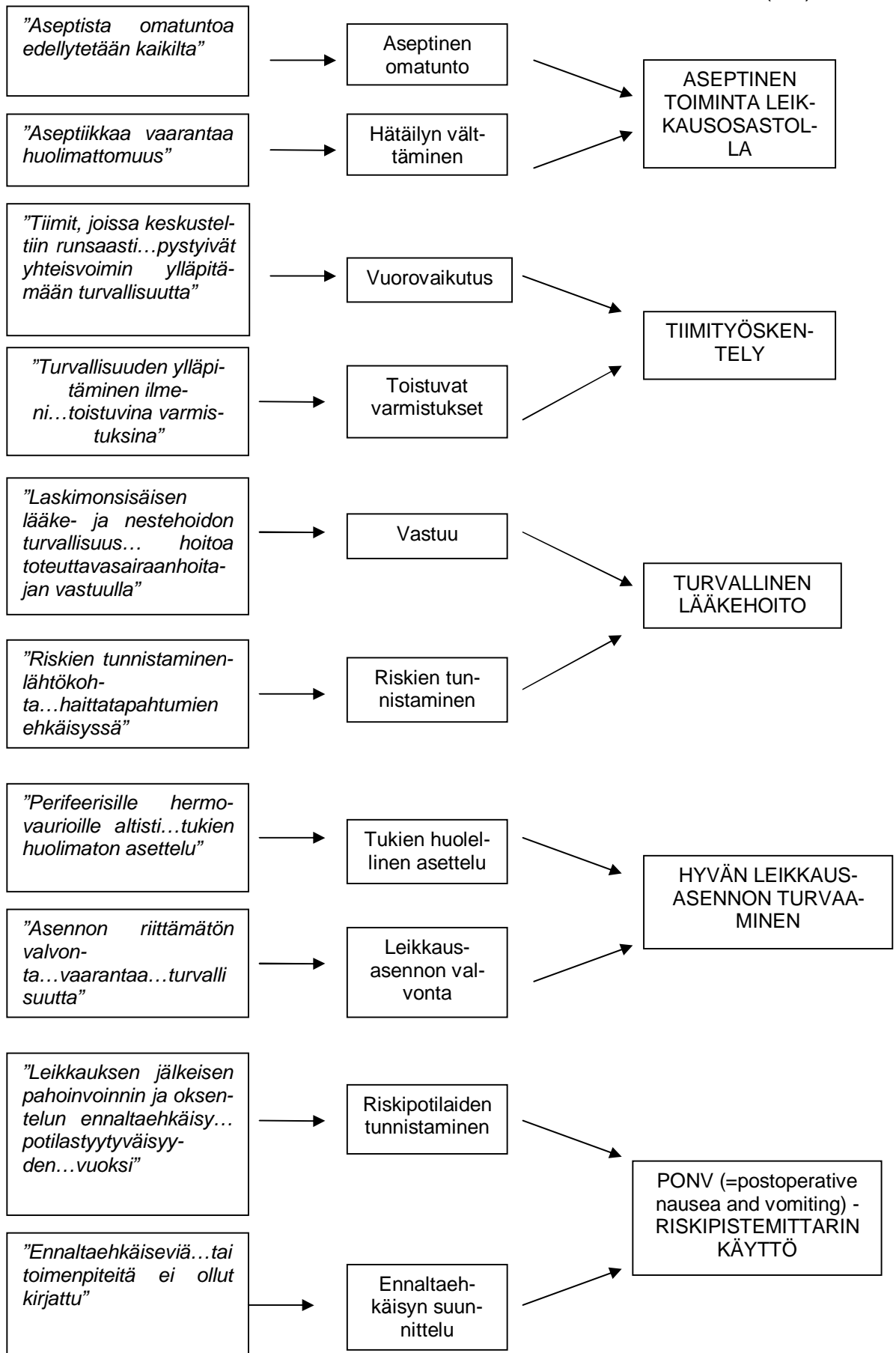
Silén -Lipponen, M. 2007. Tiimityöllä turvallisuutta leikkaushoitotyöhön? *Sairaanhoitaja* 4/2007, verkkojulkaisu, luettu 15.7.2012

Sulosaari, V. 2010a. Laskimonsisäisen lääke- ja nestehoidon turvallisuuden kehittäminen I. *Sairaanhoitaja* 2010(3), 56 - 59.

Sulosaari, V. 2010b. Laskimonsisäisen lääke- ja nestehoidon turvallisuuden kehittäminen II. *Sairaanhoitaja* 2010(5), 51 - 55.



LIITE 2 (2/2)



Leikkaustiimin tarkistuslista

Ennen anestesian aloitusta Sisäänkirjautuminen	Ennen viiltoa Aikalisä	Ennen leikkaussalista poistumista Uloskirjautuminen
Potilaalta on varmistettu <input type="checkbox"/> Henkilöllisyys <input type="checkbox"/> Leikkausalue <input type="checkbox"/> Toimenpide <input type="checkbox"/> Suostumus	<input type="checkbox"/> Tiimin jäsenet ovat esittäytyneet toisilleen (nimi ja tehtävä)	Hoitaja varmistaa suullisesti: <input type="checkbox"/> Toimenpiteen nimi on kirjattu <input type="checkbox"/> Instrumenttien, taitosten ja neulojen lukumäärä täsmää <input type="checkbox"/> Näytteet merkitty (potilaan tiedot) ja valmiina lähetettäväksi <input type="checkbox"/> Mahdolliset välineistöä koskevat ongelmat, jotka on korjattava
<input type="checkbox"/> Leikkausalue (-puoli) merkitty / Ei sovellettavissa	<input type="checkbox"/> Kirurgi, anestesioologi ja hoitaja varmistavat suullisesti <ul style="list-style-type: none"> • Potilaan • Leikkauskohteen • Toimenpiteen 	<input type="checkbox"/> Kirurgi, anesthesiatimi ja hoitajat käyvät läpi potilaan toipumiseen ja jatkohoitoon liittyvät määräykset ja riskit
Onko anestesiavalmistelut tehty? <input type="checkbox"/> Anestesiavälineistö tarkistettu <input type="checkbox"/> ASA-luokka varmistettu <input type="checkbox"/> Preoperatiivinen lääkitys <input type="checkbox"/> Tromboosiprofylaksi <input type="checkbox"/> Vuotovaaraa aiheuttavat lääkkeet <input type="checkbox"/> Omat peruslääkkeet <input type="checkbox"/> Laboratoriovastaukset huomioitu <input type="checkbox"/> Perussairaudet tiedossa	Käydään suullisesti läpi mahdolliset kriittiset tekijät: <input type="checkbox"/> Kirurgi: Leikkauksen kriittiset vaiheet, rutiinista poikkeavat suunnitelmat, leikkauksen oletettu kesto, arvioitu verenvuoto? <input type="checkbox"/> Anesthesiatimi: Erityiset potilas-kohtaiset huolenaiheet? <input type="checkbox"/> Hoitajat: Steriliteetti varmistettu? Välineistö, instrumentit ja lääkeaineet saatavilla?	
<input type="checkbox"/> Pulssioksimetri asennettu ja toimii	Onko antibioottiprofylaksi annettu edeltävän 60 min sisällä? <input type="checkbox"/> On <input type="checkbox"/> Ei tarvita	
Onko potilaalla: Tiedossa oleva allergia? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mikä? Vaikea ilmatie? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä ja välineet saatavilla Aspiraation vaara? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä ja välineet saatavilla Riski > 500 ml verenvuotoon (lapsilla 7 ml/kg)? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä ja riittävä suoniyhteys sekä vuodon korvaus suunniteltu	Ovatko tarvittavat radiologiset kuvat esillä? <input type="checkbox"/> On <input type="checkbox"/> Ei tarvita	

Taulukko. Leikkaustiimin tarkistuslista (STM 2010).

Jos potilaalla esiintyy 0 – 1 riskitekijää, pahoinvoinnin ja oksentelun esiintyvyys vaihtelee 10 – 21 % välillä. Oireiden esiintyvyys on 39 – 78 %, jos potilaalla havaitaan 2 – 4 riskitekijää. (Kienokoski 2009.)

LIITE 4.

PONV – RISKIPISTEMITTARI (PONV = postoperative nausea and vomiting)

Mittari perustuu Christian Apfelin ym. (1999) esittämiin merkittävimpiin PONV- riskitekijöihin tutkimuksessa: A Simplified Risk Score for Predicting Postoperative Nausea and Vomiting.

Susanna Kienokoski
Turun yliopisto
Hoitotieteen laitos

TAUSTAMUUTTUAJAT

Ympyröi oikea vaihtoehto:

1. Sukupuoli

nainen 1 p

mies 0 p

2. Tupakointi

ei tupakoi 1 p

tupakoi 0 p

3. Aikaisempi PONV- tai matkapahoinvointikokemus

kyllä 1 p

ei 0 p

4. Mahdollinen opiaattien käyttö postoperatiivisessa kivunlievityksessä

kyllä 1 p

ei 0 p

yht. pistettä